

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Iveta Tichá

Spolupráce sociálních a zdravotnických služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče

Cooperation of social and health services within the framework of mental
health care with regard to the ongoing reform of psychiatric care

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomířecá, Ph.D.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Evě Dragomířské, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, čas, který mi věnovala a v neposlední řadě za laskavý přístup.

Děkuji všem ostatním, kteří mi byli oporou při psaní mé diplomové práce a kteří mne podporovali po celou dobu mých studií. Děkuji všem respondentům, kteří se zapojili do vyplňování dotazníku souvisejícího s touto diplomovou prací.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze,

Bc. Iveta Tichá

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje spolupráci zdravotnických a sociálních služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče v České republice.

Teoretická část této práce se skládá z vymezení pojmu duševního onemocnění, dále se věnuje službám sociálním a zdravotním na poli psychiatrické péče, pojednává o reformě psychiatrické péče a spolupráci služeb.

Empirická část zkoumá, jak vypadá aktuální situace v oblasti spolupráce služeb, sbírá podněty a nástroje pro lepší fungování těchto služeb navzájem a vymezuje pohledy pracovníků přímé péče na danou situaci. Empirická část je prováděna metodou dotazníkového šetření.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak aktuální situace vypadá a jaké nástroje by pomohly k lepší spolupráci těchto služeb.

Klíčová slova

duševní onemocnění, psychiatrická reforma, zdravotní služby, sociální služby, psychiatr, sociální pracovník, klient, pacient, spolupráce

Abstract:

The diploma thesis deals with the cooperation of health and social services in the field of mental health care with regard to the ongoing reform of psychiatric care in the Czech Republic.

The theoretical part of this work consists of defining the concept of mental illness, also deals with social and health services in the field of psychiatric care, discusses the reform of psychiatric care and cooperation of services.

The empirical part examines what the current situation in the field of cooperation of services looks like, collects suggestions and tools for better functioning of these services and defines the views of direct care workers on the situation. The empirical part is performed by the method of questionnaire survey.

The aim of the diploma thesis is to find out what the current situation looks like and what tools would help to better cooperation of these services.

Keywords

mental illness, psychiatry reform, health services, social services, psychiatrist, social worker, client, patient, cooperation

ÚVOD	9
1 OSOBA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	10
1.1 Definice pojmu osoba s duševním onemocněním	10
1.2 Druhy duševního onemocnění a jejich základní klasifikace	11
1.3 Duální diagnóza	12
1.4 Práva a legislativa osob s duševním onemocněním	12
1.4.1 Právní rámec v České republice	13
1.4.2 Postavení osoby se zdravotním postižením v mezinárodních dokumentech	14
2 SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	16
2.1 Sociální služby	16
2.2 Zdravotní služby	19
3 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	30
3.1 Cíle reformy psychiatrické péče	30
3.2 Průběh reformy psychiatrické péče	32
3.3 Aktuální stav reformy psychiatrické péče	34
3.4 Výhled transformace psychiatrické péče	36
3.5 Deinstitutionalizace psychiatrické péče v zahraničí	37
3.5.1 Zkušenosti transformace psychiatrické péče v Terstu	38
4 VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE SLUŽEB	40
4.1 Následný model péče	40
4.2 Paralelní model péče	41
4.3 Integrovaný model péče	41
5 PRAKTICKÁ ČÁST	43

5.1	Metodologie výzkumu	43
5.1.1	Cíl výzkumu.....	43
5.1.2	Výzkumné otázky a hypotézy k výzkumu.....	44
5.1.3	Výzkumný soubor.....	45
5.1.4	Výzkumná metoda.....	46
5.1.5	Zpracování dat	46
5.2	Vyhodnocení výzkumu	47
5.2.1	Vyhodnocení dotazníku	48
5.2.2	Závěry vyplývající z výzkumu	66
5.2.3	Limity výzkumu.....	69
5.2.4	Doporučení	69
5.2.5	Diskuze	70
ZÁVĚR		72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		74
SEZNAM TABULEK.....		80
PŘÍLOHA 1.		I

Seznam zkratek

CDZ	Centrum duševního zdraví
CM	Case management
COVID19	Coronavirus disease – koronavirové onemocnění 2019
CHB	Chráněné bydlení
DSM	Diagnostický a statický manuál duševních chorob
EU	Evropská Unie
IPS	Podporované zaměstnávání
LZPS	Listina základních práv a svobod
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MTD	Multidisciplinární tým
OSN	Organizace spojených národů
NAPDZ	Národní akční plán duševního zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace

Předmluva

Diplomovou práci s názvem: „Spolupráce zdravotnických a sociálních služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče“ jsem si vybrala proto, že na poli psychiatrické péče se nyní děje mnoho změn, věřím, že je toto téma aktuální a velmi důležité vzhledem k reformě psychiatrické péče, která se bez spolupráce hlavních aktérů, kterými sociální a zdravotní služby u nás jsou, bezesporu neobejdou.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, jak spolupráce těchto služeb nyní probíhá a co by mohlo usnadnit, aby případně spolupráce probíhala lépe. Jaké nástroje a podněty k lepšímu nastavení spolupráce se dají využít a jaké kroky by bylo dobré v této situaci učinit.

Diplomová práce se dělí na dvě základní části, a to na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část se dělí na 4 základní kapitoly.

První kapitola seznamuje čtenáře s pojmem duševního onemocnění, vymezuje definici osoby s duševním onemocněním, seznamuje čtenáře se základní klasifikací duševních nemocí, vymezuje pojem duální diagnózy a obsahuje výčet základního právního rámce, který souvisí s osobami duševně nemocnými.

Druhá kapitola se věnuje sociálním a zdravotním službám zaměřeným na cílovou skupinu duševně nemocných osob.

Třetí kapitola obsahuje informace o reformě psychiatrické péče, včetně informací, jak reforma dosud probíhala, jaký je aktuální stav reformy psychiatrické péče a její výhled. Zároveň jsou v ní popsány zkušenosti reformy psychiatrické péče ze zahraničí.

Čtvrtá kapitola pak krátce vymezuje spolupráci služeb zdravotnických a sociálních zařízení mezi sebou.

Poslední kapitola se věnuje samostatnému výzkumu této diplomové práce, kde jsem zjišťovala, jak vypadá aktuální spolupráce mezi zařízeními, co by napomohlo situaci zlepšit, jaké konkrétní podněty a zdali se liší pohledy pracovníků různých profesí na toto téma. Jako výzkumná metoda této práce bylo využito dotazníkové šetření.

Závěr této práce pak shrnuje poznatky jak z teoretické, tak empirické části této práce.

Úvod

Psal se rok 2013, kdy se v České republice schválila tzv. reforma psychiatrické péče, jejímž cílem bylo primárně zvýšit kvalitu života osobám s duševním onemocněním. Reforma psychiatrie, která v řadě zahraničních států, převážně států západní Evropy, již proběhla před x lety.

Ve státech, kde již mají psychiatrickou reformu za sebou, se rozpustily velké psychiatrické nemocnice, dříve léčebny a ústavy. Ústavní péči nahradila péče komunitní s důležitým rysem, kterým je spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení. V řadě těchto států vidíme jeden společný prvek, jeden rezort, kam všechny psychiatrické služby spadají, na rozdíl od České republiky, kde služby spravují rezorty dva - Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvo zdravotnictví ČR. Služby zaměřené na psychiatrickou péči se pak u nás často střetávají hned v několika oblastech, jakými jsou propojování ministerstev vůbec, v oblasti financí, ale i ve střetech zákonů a v neposlední řadě i ve spolupráci v té základní, primární a přímé péči s cílovou skupinou.

V rámci psychiatrické reformy pak tyto dva, zatím ještě dost odlišné světy, světy zdravotnických a sociálních služeb, mají na sebe navazovat a úzce se propojovat, ale v České republice se tak ještě úplně neděje.

V roce 2019, tedy šest let poté, co byla schválena reforma psychiatrie, se objevují teprve zmínky o propojování rezortů.

Když se ale podíváme do přímé péče, která je pro tuto reformu primární, psychiatrická lůžka se postupně a pomalu ruší a komunitní služby, byť v malém počtu, jsou u nás založeny. Již vznikla i řada Center duševního zdraví, jako další součást psychiatrické péče. Jak tyto dva světy spolupracují? Kam jdou lidé z hospitalizace a jak vypadá spolupráce mezi odborníky?

V této diplomové práci vymezím, jaké služby na poli psychiatrické péče v České republice máme, ať už zdravotní, tak sociální, jaké věci se udály v psychiatrické reformě, která u nás běží. Ve výzkumné části se zaměřím na to, jak funguje spolupráce v přímé péči, budu se snažit zajistit poznatky, které by mohly spolupráci usnadnit z pohledu pracovníků v přímé péči, jelikož jsou to právě ti odborníci, kteří mají velký vliv na celou reformu.

1 Osoba s duševním onemocněním

Jak už vyplývá ze samotného názvu diplomové práce, zabývá se tato práce spoluprací služeb v rámci péče o duševně nemocné osoby. Abychom se v textu mohli lépe orientovat, věděli, proč se zabýváme službami, které se věnují duševně nemocným, proč je to potřeba, je důležité nejprve vymezit si vůbec pojem osoby s duševním onemocněním.

Občané potýkající se s duševní poruchou jsou často stigmatizováni, vnímáni jinak, odlišně, velmi často až negativně. Nebývají okolím přijímáni. Dovoluji si tvrdit, že u společnosti, ve které žijeme, nejsou ani populární cílovou skupinou. Nicméně je to často i díky nedostatečně vzdělané společnosti. Bohužel často vidíme na různých internetových serverech, na televizních stanicích a i v jiných zdrojích informace o duševně nemocných občanech v negativním světle. V těchto situacích jsou nejčastěji spojováni s agresivitou. Avšak i tito občané se uplatňují na trhu práce a mohou být stejně zdatní jako ostatní, ale to už nikde vidět není a o tom už nikdo nenapíše. Tyto zprávy se pak profilují jako negativní nejen z důvodu jejich obsahu, ale i díky jejich prezentaci.

Sama osobně pracuji s osobami potýkajícími se s duševní poruchou a pohybuji se často i v okolí lidí, kteří pracují a pohybují se úplně v odlišných oborech, a i když jsem se občas setkala s nějakými stigmatizujícími prvky, dokázala jsem se s lidmi o stigmatu osob bavit a odbourat tak jejich negativní vnímání těchto osob.

1.1 Definice pojmu osoba s duševním onemocněním

Osoba s duševním onemocněním je osoba potýkající se s onemocněním, které spadá do Mezinárodní klasifikace nemocí pod kódem skupiny poruch F00-F99.

V ČR se můžeme potkat s různými názvy tohoto onemocnění. Např.: duševní nemoc, duševní choroba, psychická nemoc, psychická porucha, duševní porucha.

Současná Mezinárodní klasifikace nemocí v České republice však využívá název psychická porucha (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012).

Světová zdravotnická organizace, zkr. WHO pak definuje duševní poruchu jako: „klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji změna některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím.“ (Hartl, 1997, str. 215).

V psychologickém slovníku se pak můžeme potkat s definicí: „*Duševní nemoc, šílenství, duševní porucha, která znemožňuje život ve společnosti. Duševně nemocný (franc. Aliéné znamená „duševně nemocný“, ale i „odcizený“) je neschopen vést normální život a přizpůsobit se pravidlům své společenské skupiny a je v tom ohledu „odcizený“ (lat. alienus znamená „jiný, cizí“). Duševní nemoc je v podstatě definována poruchou vztahu k ostatním, narušení komunikačních funkcí. Vyjadřovací prostředky duševně nemocného jsou změněny, jeho chování je zvláštní, těžko pochopitelné.*“ (Sillamy, 2001, str. 45)

1.2 Druhy duševního onemocnění a jejich základní klasifikace

Jako každý medicínský obor tak i psychiatrie má vymezené kódy pro diagnózy duševních poruch. V České republice se řídíme Mezinárodní klasifikací nemocí, jejím 10. vydáním, zkr. MKN -10, kterou publikuje Světová zdravotnická organizace.

WHO ručí za vydávání MKN, kterou mimo jiné ovlivnil také Diagnostický a statistický manuál duševních chorob. Ten byl jako první vydán v roce 1952 a dostal zkr. DSM-I. Poslední, zatím třetí DSM-III, byl vydán v roce 1980 a výrazně tak ovlivnil již výše zmiňovanou Mezinárodní klasifikaci nemocí. Psychiatrii se v MKN-10 zabývá pátá kapitola a duševní poruchy jsou označovány písmenem F (Pavlovský, Raboch, 2012).

Duševní poruchy rozdělujeme primárně do 10 základních kategorií:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (www.old.uzis.cz/)

1.3 Duální diagnóza

Slovní spojení nebo výraz Duální diagnóza se dnes v sociálních službách zaměřených na cílovou skupinu duševního onemocnění a psychiatrických zařízeních používá velmi často až běžně. Ale mezi laickou veřejností tento pojem tak rozšířený není. Vzhledem k situaci, kdy přibývá klientů či pacientů s touto problematikou, vnímám jako důležité vysvětlit pojem duální diagnózy. Práce s duálními klienty/pacienty vyžaduje více péče a více odborníků v této oblasti. Vytváří se pak místo pro spolupráci odborníků společně s klientem na cestě k zotavení.

Duální diagnózou tedy označujeme spojení dvou diagnóz, konkrétně tedy psychiatrickou diagnózu, která je doprovázena závislostí na návykových látkách, tedy alkoholových i nealkoholových drogách a gamblingem (Čihák, Vodičková, 2019).

V praxi to znamená, že pokud uživatelé zneužívají opakovaně návykové látky, má to významný vliv na příznaky duševní poruchy, se kterou se primárně léčí.

Pacienta s duální diagnózou také definuje Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, ten definuje osobu s duální diagnózou jako osobu, která má potíže s užíváním alkoholu nebo jiných drog vedle jiné diagnózy, nejčastěji diagnózy psychiatrické. Komorbidita též duální diagnóza znamená existenci dvou a více poruch, z nichž je nejméně jedna zneužívání návykové látky (www.emcdda.europa.eu).

1.4 Práva a legislativa osob s duševním onemocněním

V kontextu s duševním onemocněním se často pohybujeme na hranici hned několika oborů. V rámci zařízení zaměřených na psychiatrické pacienty nebo klienty se tedy setkáváme hojně nejen s psychiatry, psychology, sociálními pracovníky, lékaři, ale mimo jiné také s právníky. Osoby s duševním onemocněním se střetávají s různými sociálními překážkami, kdy je pak třeba znalost základního právního rámce na místě.

Jen diagnostika psychiatrické nemoci, její posuzování a vyhodnocování, je dána nejen předpisy lékařskými, ale i právními, sociálními a etikou. Právní otázky týkající se pak osob s duševním onemocněním jsou v České republice roztrženy do mnoha legislativních norem. Česká republika tedy nemá samostatný zákon, jako je tomu např. v Anglii nebo Polsku (Baudiš, Libiger, 2002).

Práva osob s duševním onemocněním jsou ale zakotvena i v řadě mezinárodních dokumentů, které jsou pro Českou republiku závazné.

1.4.1 Právní rámec v České republice

V České republice se právům a etickým otázkám duševně nemocných od 50. let až do Sametové revoluce nevěnovalo moc pozornosti. Od roku 1970 u nás fungoval tzv. Helsinský výbor, který řešil otázky týkající se porušování práv pacientů v psychiatrických zařízeních. První etická pravidla a principy práce se u nás začínají objevovat až od roku 1990, kdy vznikla Listina základních práv a svobod, která byla právně přijata v roce 1993. O rok později, v roce 1991 byl přijat Etický kodex České lékařské komory a v roce 1992 byl přijat Kodex práv pacientů. Na poli psychiatrické péče byla v roce 1996 zveřejněna mezinárodní listina práv psychiatrických pacientů Psychiatrickou společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně, ve které byl zakotven důraz na důstojnost člověka, zkvalitňování psychiatrických zařízení, komunikaci s psychiatrickými pacienty, možnosti odmítnutí léčby a jiné. Později byla v Česku přijata i Madridská deklarace, která rozšířila i další práva nemocných. Jejím základním bodem bylo zlepšení technik léčby psychiatrických pacientů a co nejméně omezovat svobodu. WHO v roce 1966 pak zveřejnila deset základních zásad pro legislativní pravidla v péči o duševní zdraví. V roce 1989 jsme ještě přijali další dva dokumenty vyjadřující práva duševně nemocného, avšak jsou v kolizi s právy celé společnosti (Baudiš, Libiger, 2002).

Mezi základní legislativu na ochranu osob se zdravotním postižením u nás patří:

Ústava ČR – zákon č. 1/1993 Sb. – je základním právním předpisem, upravuje moc zákonodárnou, výkonnou a soudní. Ústava ČR stanovuje, že všechny mezinárodní smlouvy, které Česká republika ratifikovala, jsou pro ni právně závazné a jsou prvkem právního řádu, kterému jsou nadřazeny.

Listina základních práv a svobod, zkr. LZPS – zákon č. 2/1993 Sb., je součástí ústavy ČR, stanovuje základní práva a svobody občanů ČR, zaručuje zákaz diskriminace osob. Listina však nevymezuje přímo pojem zdravotní postižení nebo duševní onemocnění ale tento diskriminační jev je vyjádřen položkou „jiné postavení“.

Antidiskriminační zákon – zákon č. 198/2009 Sb. – o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací je jedním ze základních zákonů pro osoby diskriminované společností, tedy i pro osoby se zdravotním postižením. Zákon zakazuje veškerou diskriminaci, definuje diskriminaci jako takovou a uvádí druhy diskriminace. Mimo jiné zastrešuje i způsoby na ochranu před diskriminací. V Evropě existují tzv. úřady pro rovné

zacházení na pomoc obětem diskriminace, v České republice tuto funkci vykonává veřejný ochránce práv, tedy ombudsman.

Zákon o veřejném ochránci práv č. 349/1999 Sb. – upravuje činnosti veřejného ochránce práv (www.nrzp.cz).

Jak už bylo řečeno výše, psychiatrická legislativa u nás není zakotvena v jednom zákoně, ale v řadě několika zákonů, kde se upravují další práva a služby pro osoby se zdravotním postižením. Mezi takové pak patří zejména sociální a zdravotnické služby, práva na vzdělávání, mimořádné pomůcky, práva na zdravotnickou péči, právo na výplatu dávek, příspěvku na péči, svéprávnost nebo uplatnění na pracovním trhu a další. Mezi nejčastěji používané zákony v těchto oblastech patří zejména:

Zákon č. 141/1961 Sb., trestní zákon

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví a péči lidu

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 329/2011 Sb., o zdravotně postižených

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 228/2019 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů.

1.4.2 Postavení osoby se zdravotním postižením v mezinárodních dokumentech

Postavení osob se zdravotním postižením nalezneme hned v několika mezinárodních dokumentech, které jsou právně závazné. Jako nejdůležitější mezinárodní dokumenty v této problematice vnímám následující seznam:

- Všeobecná deklarace lidských práv (1948, OSN)
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1953, Rada Evropy)

- Evropská sociální charta (1961, Rada Evropy)
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o ekonomických a sociálních a kulturních právech (1966, OSN)
- Deklarace práv duševně postižených lidí (1971, OSN)
- Havajská deklarace - o etických principech v psychiatrii a zamezení zneužívání psychiatrie (1977, OSN)
- Deklarace lidských práv duševně nemocných (1989, WHO)
- Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (1989, Rada Evropy)
- Zásady ochrany duševně nemocného (1991, rezoluce OSN)
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných pacientů (1992, Americká psychiatrická asociace; 1993, Světová psychiatrická asociace)
- Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994, WHO)
- Madridská deklarace (1996, Světová psychiatrická asociace)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997, Rada Evropy)
- Doporučení R 99 (4) výboru ministrů členských států o právní ochraně dospělých nezpůsobilých osob (1999, Rada Evropy)
- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005, WHO)
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2006, OSN)

(www.nrzp.cz)

2 Služby pro osoby s duševním onemocněním

Sociální služby se poskytují pro osoby, které jsou sociálně znevýhodněné, za účelem zlepšení jejich života. Tyto osoby se snaží začlenit do společnosti či chránit před možnými riziky společnosti, kterou tito lidé mohou ovlivňovat. Sociální služby tak berou v úvahu jak klienty, tedy uživatele služeb, tak jejich rodiny, okolí nebo širší společnost (Matoušek, 2011).

Sociální služby v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vymezuje tři základní služby: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále definuje formu, kterou se daná služba provádí, a to na pobytovou, ambulantní a terénní.

Nyní se pojdme zaměřit na sociální služby konkrétně pro osoby s duševním onemocněním.

2.1 Sociální služby

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje informace lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Dělí se na základní sociální poradenství, které mají povinnost poskytovat všichni poskytovatelé takových služeb. Druhým typem je odborné sociální poradenství, které je zaměřeno na určitou cílovou skupinu nebo problematiku. Takové informace pak poskytují speciálně zařízené služby či poradny (Máhrová, Venglářová, 2008).

Služby sociální péče

Služby sociální péče by měly lidem pomoci především zabezpečit duševní a fyzickou samostatnost (Máhrová, Venglářová, 2008).

Pomáhají tak osobám se osamostatnit v nejrůznější škále úkonů. Např. hygiena, příprava stravy, docházení do práce, trénink vstávání aj.

Druhy služeb sociální péče

Služby sociální péče mohou mít formu ambulantní, terénní a pobytovou.

Zákon nám vymezuje 14 druhů sociální péče, z něhož níže vyčleňuji služby vhodné pro osoby s duševním onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pečovatelská služba – může být poskytována jak ambulantně, tak terénně, je určena pro seniory, lidem, kteří trpí chronickým onemocněním či zdravotním postižením, včetně osob s duševním onemocněním a rodinám s dětmi; poskytuje především podporu při běžných denních potřebách, osobní hygieně, chodu domácnosti, vytváří kontakt se sociálním prostředím a pomáhá zajistit stravu

Tísňová péče – terénní služba poskytovaná telefonicky či elektronicky lidem při náhlém zhoršení jejich zdravotního stavu; poskytuje akutní krizovou pomoc, sociálně terapeutické činnosti, zajišťuje styk se sociálním prostředím, chrání zájmy a pomáhá uplatňovat práva občanů (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Průvodcovské a předčitatelské služby – jsou terénní nebo ambulantní služby, pro osoby s duševním onemocněním jsou poskytovány pouze, pokud tyto osoby mají kombinované postižení se smyslovým (Máhrová, Venglářová, 2008).

Podpora samostatného bydlení – řadí se mezi terénní službu, která pomáhá osobám se osamostatnit; posiluje dovednosti v rámci samostatného bydlení; provádí vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává styk s okolím, provádí i sociálně terapeutické činnosti, hájí zájmy svých klientů a podporuje je v užívání jejich práv (Máhrová, Venglářová, 2008).

Odlehčovací služby – poskytují se terénně, ambulantně nebo formou pobytové služby; mají za cíl poskytnout jejich klientovi řádný odpočinek; plní činnosti jako je podpora při hygieně; osvojení si běžných denních návyků, poskytují stravu nebo podporu při ní, zajišťují kontakt s okolím, provádí sociálně terapeutické činnosti, uplatňují výchovné a vzdělávací činnosti, podporují zájmy klienta a jeho práva (Máhrová, Venglářová, 2008).

Centra denních služeb – jsou ambulantní služby, které poskytují lidem se sníženou samostatností pomoc při zajištění stravy, hygieny, kontaktu s okolím, zajišťují aktivizační a vzdělávací činnosti a sociálně terapeutické činnosti (Máhrová, Venglářová, 2008).

Denní stacionáře – jsou poskytovány jako ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, zajišťují celodenní strukturované programy kombinující podpůrné aktivity v rámci hygieny, sebeobsluhy, vzdělávání aj., nabízejí možnost stravy (Máhrová, Venglářová, 2008).

Týdenní stacionáře – poskytují se formou pobytové služby a nabízejí stejné činnosti jako denní stacionáře, liší se formou poskytované služby (Máhrová, Venglářová, 2008).

Domovy se zvláštním režimem – zkr. DZR, poskytují pobytové služby pro osoby, které se potýkají s chronickým duševním onemocněním, závislostmi na návykových látkách, Alzheimerovou, stařeckou či jinou demencí a potřebují jinou fyzickou osobu k zvládnutí jejich životní situace; zajišťují ubytování a stravu, podporují při osobní hygieně a zvládání všedních denních záležitostí, zajišťují styk s okolím a aktivizační činnosti, poskytují sociálně terapeutické činnosti, pomáhají jejich klientům zajistit práva a ochranu zájmů.

Chráněná bydlení – typ pobytové služby pro osoby s duševním, zdravotním nebo chronickým onemocněním; tyto osoby potřebují podporu jiné fyzické osoby; služba chráněného bydlení se poskytuje v chráněném bydlení formou komunitního či individuálního; zajišťuje zejména podporu stravy; poskytnutí ubytování, podporu v běžných denních záležitostech, osobní hygieně, aktivizačních a vzdělávacích službách, poskytuje sociálně terapeutické činnosti aj.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče – poskytuje se jako pobytová sociální služba osobám ve zdravotnickém zařízení, které není možno propustit do domácí péče, ale nevyžadují již lůžkovou péči, osoby čekající na zařazení do sociálních služeb pobytových anebo ambulantních, tyto zařízení poskytují stejné činnosti jako chráněná bydlení (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Služby sociální prevence

Služby sociální prevence se snaží předcházet sociálnímu vyloučení u osob, které jsou sociálně znevýhodněné a mohou být často vyloučené. Např. duševně nemocní, lidé potýkající se s kriminalitou, bezdomovectvím a dalšími negativními vlivy.

Mohou být poskytovány jak terénně, ambulantně tak formou pobytových služeb.

Služby sociální prevence definuje zákon 18. Níže vymezíme ty, které jsou určeny pro osoby s duševním onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Druhy služeb sociální prevence

Raná péče – terénní služba poskytovaná dětem a rodičům do 7 let věku dítěte, které trpí zdravotním postižením, včetně duševního.

Telefonická krizová pomoc – tuto službu řadíme mezi terénní službu, ačkoliv je poskytována prostřednictvím telefonického zařízení, na přechodnou dobu klientům, kteří se nachází v nepříznivé až život ohrožující životní situaci a nejsou schopni tuto situaci zvládnout, poskytuje se i osobám s psychickým onemocněním, důležitou roli sehrává v případech sebevražedného chování klientů

Kontaktní centra – jsou ambulantní a terénní služby pro osoby potýkající se se závislostmi na návykových látkách; u osob s duševním onemocněním sehrávají roli v případě, že klient se potýká s duální diagnózou

Služby následné péče – tyto služby se poskytují formou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se závislostmi nebo s duševním onemocněním, které prodělali léčbu, slouží k prevenci relapsu

Sociálně terapeutické dílny – služby poskytované ambulantní formou pro osoby, které z důvodu svého zdravotního stavu či postižení nemohou být zařazeny na volný pracovní trh, pomáhá získat pracovní návyky a zdokonalit je především díky sociální terapii

Terapeutické komunity – jsou služby sloužící k začlenění se do společnosti, pobytové, pro osoby s duševním onemocněním nebo pro osoby závislé na návykových látkách

Sociální rehabilitace – nabízí poměrně širokou škálu činností k začlenění osob do běžného života, podporuje návyky a schopnosti, poskytuje se formou ambulantní, terénní ale i pobytovou, cílem je získat soběstačnost, samostatnost a nezávislost (Máhrová, Venglářová, 2008).

2.2 Zdravotní služby

Zdravotní služby v České republice vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V psychiatrické péči rozlišujeme ambulantní a lůžkové služby. Zdravotní systém pro osoby s duševním onemocněním u nás staví zejména na 4 pilířích, kterými jsou: psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení, psychiatrické ambulance a centra duševního zdraví (www.podporaprocesu.cz).

Psychiatrická péče v Česku spadá pod rezort ministerstva zdravotnictví. Mezi hlavní orgány patří právě ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení. Mezi ty další prvky pak patří zejména psychiatrické ambulance a lůžkové služby psychiatrie. Péči v komunitě v České republice ještě nemáme dobře rozvinutou.

V minulých dvou stoletích pečovaly o duševně nemocné v České republice primárně velké psychiatrické ústavy. Společnost byla tehdy přesvědčena o tom, že psychiatrické

diagnózy nelze vyléčit, že pacienti potřebují klid a mají být od ostatních lidí odděleni. A tak se velké psychiatrické léčebny stavěly na okrajích měst, mimo dosah společnosti.

Ve 2. polovině 20. století začal vznikat i rozvoj ambulantní psychiatrie, o který se zasloužil doc. Josef Prokůpek. Péče, která probíhala mimo nemocnici, tedy v ambulancích, spadala pod Ústav národního zdraví. Každému pacientovi byl tedy přidělen lékař, dle místa bydliště. To mělo jistou výhodu, že každý pacient měl lékaře, ale také nevýhodu v tom, jaká mu byla poskytována péče.

Po roce 1989 přišly však velké změny v systému. Začaly vznikat soukromé subjekty a řada těch státních byla zprivatizována. Tím začal vznikat i problém dostupnosti této péče. Stát vykonává sice povinnost dostupnosti zdravotnických zařízení prostřednictvím krajů, které mají zajistit ve svém kraji poskytování zdravotních služeb. Kraje mohou schvalovat registraci a povolovat zařízení zdravotnické péče. Avšak ambulance psychiatrie jsou zaplacený za vykázané výkony, které regulují zdravotní pojišťovny.

Od padesátých let dvacátého století začaly v České republice vznikat také psychiatrické ambulance a oddělení. Nyní česká psychiatrie však stojí před velkou změnou. Cílem nyní právě probíhající nebo spíše rozjíždějící se psychiatrické reformy je snížení psychiatrických lůžek a začlenění osob s psychiatrickou diagnózou do běžného života (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Psychiatrické nemocnice

Psychiatrické nemocnice, do roku 2013 psychiatrické léčebny, dříve též ústavy, zařizují komplexní a specializovanou lůžkovou péči pro osoby s duševním onemocněním. Lůžkovou péči pak dělíme na lůžka akutní a následné péče. Psychiatrické nemocnice zařizují svým pacientům krátkodobou či dlouhodobou léčbu a mohou se tak lišit v postupech léčby. Zařizují však nepřetržitou zdravotnickou péči (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Osoby potýkající se s duševním onemocněním jsou přijímány zpravidla z vážných zdravotních příčin. Pacienti mohou být přijímáni na dobrovolnou hospitalizaci, tzn., sami si přejí být na psychiatrii hospitalizováni. Také však mohou být přijati i na nedobrovolnou hospitalizaci, zpravidla pokud ohrožují svým chováním a jednáním sami sebe nebo okolí. Takováto hospitalizace pak musí být nahlášena příslušnému soudu do 24 hodin od přijetí pacienta na lůžko, soud pak rozhodne o nedobrovolné hospitalizaci (www.bohnice.cz).

V České republice bylo k roku 2018 napočítáno celkem 21 těchto zdravotnických zařízení, z nichž jsou tři pro děti a 19 pro dospělé (www.uzis.cz).

Psychiatrické oddělení

Psychiatrická oddělení jsou specializovaná oddělení na léčbu duševních onemocnění a jsou součástí nemocnic. Často s danými nemocnicemi velmi úzce z hlediska svých pacientů spolupracují a nabízejí tak i poradenství. Jsou sem přijímáni pacienti také na dobrovolnou i nedobrovolnou hospitalizaci, a též zařizují nepřetržitou péči jako psychiatrické nemocnice. Ve většině takových oddělení najdeme primárně akutní lůžka (www.reformapsychiatrie.cz).

K roku 2018 čítá česká psychiatrie 32 těchto oddělení (www.uzis.cz).

Psychiatrické ambulance

Psychiatrická ambulance, nebo ambulantní péče, je jedním ze 4 pilířů psychiatrické péče. Je tak jedním z nejdůležitějších článků systému o duševně nemocné. Taková ambulance je zdravotnické zařízení, kam pacient dochází za lékařem – psychiatrem do jeho ambulance na pravidelné prohlídky v takovém časovém horizontu, jaký pacientovi určí jeho ošetřující lékař.

Ambulance jsou nejčastěji zřizovány soukromou osobou, která má smlouvu s konkrétní zdravotní pojišťovnou. Tyto služby jsou pak vyúčtovávány z veřejného zdravotního pojištění. V těchto ambulancích pak pracují psychoterapeuti, psychiatři nebo kliničtí psychologové.

Problémem je fakt, že těchto ambulancí je v České republice velmi málo, a to i přesto, že ambulantní služba je levnější než lůžková. Lékaři v těchto ambulancích mají také málo času na své pacienty, s kterými by potřebovali vést rozhovory o tom, jak se daný pacient má a co by potřeboval. Často pak takový pacient, který dostane jen předpis na léky, selhává v různých oblastech svého života (www.reformapsychiatrie.cz).

Centra duševního zdraví – CDZ

Centra duševního zdraví, zkr. CDZ, jsou posledním a zároveň také nejnovějším pilířem psychiatrické péče v České republice. Jsou také součástí psychiatrické reformy. Často jsou centra duševního zdraví pojímána jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou péčí. CDZ zřizují jak ambulantní, tak lůžkovou péči pro osoby v jejich dané spádové oblasti. Centra duševního zdraví jsou poskytovány pro osoby se závažným duševním onemocněním, také pro osoby s nezbytností neodkladné intervence a také pro ty, kteří jsou v akutní krizové situaci a bojují s psychickými potížemi.

V centrech duševního zdraví vzájemně spolupracují lékařské, klinicko-psychologické a navazující sociální služby, které jsou poskytovány jednou nebo více organizacemi ve spádové oblasti.

Mezi základní úkoly patří poskytování individuální péče, koordinace dostupných služeb, prevence proti hospitalizaci a začlenění osob s duševním onemocněním zpět do společnosti. I pro další potřeby klientů – plánování volnočasových aktivit, zaměstnávání aj., CDZ spolupracují i s dalšími subjekty v daném regionu.

Stejně jako dnes již řada organizací pracují CDZ tzv. multidisciplinárně, tzn., že mají multidisciplinární tým, jehož členem je: psychiatr, psycholog, sociální pracovník, sestra pro psychiatrii nebo všeobecná sestra, peer konzultant, pracovní konzultant zaměřený na podporované zaměstnávání, zkr. IPS konzultant, který pracuje metodou - case managementu (www.mzcr.cz).

Principy práce v CDZ

Centra duševního zdraví staví na řadě principů, které si stručně vymezíme:

1. Cílová skupina – kapacita těchto center je velmi omezena, proto je nutno před přijetím pacienta/klienta důkladně zvážit veškeré pro i proti, vzít osobu do takovéto služby. Je kladen důraz na potřebu osoby využívat tuto službu, a pokud jí již nepotřebuje, předávat jej ambulantním, obvodním lékařům. I tento princip se však potýká s nejasností některých osob, zejména osob trpící hraniční poruchou osobnosti.
2. Sebevědomý přístup – znamená posilovat klientovy schopnosti a dovednosti, zpevňovat jeho schopnosti a naučit ho přebírat zodpovědnost za svůj život
3. Poskytování služby v daném pásmu neboli spádovost – určení spádové oblasti je vhodné zejména pro jednoduchost vyhledávání jak klientů, tak dalších služeb a subjektů, s kterými může dané centrum spolupracovat.
4. Propojování s dalšími službami v daném regionu – je vhodné mít přehled o službách v daném regionu, které může klient dále využívat tak, aby došlo k efektivnímu poskytování sociální a zdravotní péče směrem ke klientovi.
5. Užívání všech podpůrných sítí – zapojování klientů do běžné komunity za účelem získání co nejlepších schopností a dovedností v rámci běžného života, aby klienti uměli oslovovat osoby např. v obchodě o pomoc aj., aby se tak nestávali závislí na pracovních týmech a zároveň odbourávali stigmatizace

6. Navazování následných služeb a programů – např. denní stacionáře, bydlení a jiné aktivity.
7. Multidisciplinární spolupráce – CDZ tvoří multidisciplinární týmy, o nichž se rozepíšu více níže. Jednoduše to znamená zapojení všech potřebných profesí do rehabilitace klienta – psychiatra, sociálního pracovníka apod., aby rehabilitace byla co nejvíce přínosná a komplexní. Zároveň pro dané profese toto znamená znát základy jiných profesí – například pro sociálního pracovníka znát psychiatrické minimum.
8. Klíčový pracovník – také case management – je určen jeden pracovník, který vede rehabilitaci daného klienta a přivolává si tak odborníky jiných profesí. Pro tuto práci je klíčový navázaný dobrý kontakt klienta a klíčového pracovníka.
9. Spolupráce s peer pracovníky – tedy s pracovníky, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním, která se nedá nijak naučit a nastudovat. Tito pracovníci předávají svoji dobrou zkušenost dál a mohou tak dobře motivovat další osoby potýkající se s duševním onemocněním k zotavení.
10. Rodina – spolupráce s rodinou je nepřirozenější místo a podpora, často hraje velmi důležitou roli, ale je to také mnohdy velmi psychická zátěž. Přesto rodina může velmi pomoci. Nejdůležitější je však nezapomínat na klienta a respektovat jeho přání.
11. Etika a lidská práva – centra duševního zdraví poskytují klientům takovou pomoc, která není v rozporu se základními lidskými právy a lidskou důstojností. Klade důraz na svobodnou vůli a rozhodování klienta. S tím se úzce pojí i to, že podávají komplexní a pravdivé informace klientovi tak, aby jim zřetelně porozuměl. Všichni pracovníci by se pak měli řídit etickými kodexy, které musejí dobře znát, stejně tak jako metodiky a standardy práce. Mimo jiné musí nabývat dostatečnými vědomostmi o ochraně lidských práv a dané legislativy. CDZ pracují dle zásad Listiny základních práv a svobod a také berou zřetel na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (www.mzcr.cz).

Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým zkr. MTD, je tým tvořený řadou profesí. Tito pracovníci společně poskytují celkovou a koordinovanou péči o klienty. Společně tak spolupracují na rehabilitaci klienta, mají společné porady a předávají si tak informace.

Hlavním cílem multidisciplinárního týmu je pak spolu úzce pracovat, být jednotným týmem, neporušovat týmem stanovená pravidla spolupráce a předávat si mezi sebou důležité informace (Jankovský, Holub, Matoušková, Vrabcová, Tajanovská, Michelová, 2015).

Složení MTD týmu CDZ:

1. Psychiatr – lékař, odborník na psychiatrii zastupuje zdravotnickou složku v týmu, zodpovídá za krizové plány a plány relapsu v týmu, je konzultantem jak pro MTD tým, tak pro klienty/pacienty, navrhuje léčbu, měl by umět dobře komunikovat a vše řádně vysvětlit a nikdy by neměl stát v roli klíčového pracovníka (www.reformapsychiatrie.cz).
2. Psychiatrická sestra nebo všeobecná sestra – tato sestra má poměrně velkou škálu činností, které může provádět. Sestra vyhodnocuje potřeby klientů, hlídá jejich projevy, sleduje chování klienta a umí rozpoznat nastupující rizikové chování, umí tedy zřetelně rozpoznat, zda je klient rizikový sobě či okolí, podporuje klienta v přizpůsobení se na nové životní podmínky, které nastaly díky jeho duševnímu onemocnění. Využívá různé techniky ke zlepšení stavu klienta. Umí používat terapeutické prostředky, vykonává poradenskou a edukační činnost pro klienta i rodiny (vyhláška 55/2011).
3. Sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách – vykonává sociálně terapeutickou činnost, sociální poradenství a šetření, pomáhá klientovi naučit se sociálnímu chování, pracuje jak s celými komunitami, tak s jednotlivci, je odborník na vyřizování dávek a jiných potřebných dokumentů, spolupracuje s rodinami klientů a mapuje samostatnost klienta, pomáhá mu začlenit se do společnosti, vytváří společně s klientem finanční plány a pomáhá mu zažádat o dávky.
4. Klinický psycholog – může provádět s klienty psychoterapii individuální, skupinovou, rodinnou, ale i párovou, provádí poradenství, využívá terapeutické práce, dělá též psychodiagnostickou činnost, stejně jako psychiatr pak je poradcem nejen pro klienty, ale i pro celý tým a zrovna tak by neměl být v roli klíčového pracovníka
5. Peer konzultant – osoba, která má zkušenost s diagnózou duševní poruchy a splnila tzv., peer konzultační kurz, tj. vzdělávací kurz v této oblasti a mimo jiné také prošla kurzem sociálního pracovníka dle zákona o sociálních službách, jeho kompetence se liší dle týmu, ve kterém pracuje, konzultuje a dává zpětnou vazbu z hlediska klientů svému týmu, je zapojena do rehabilitace klientů a prostřednictvím své

zkušenosti je motivuje a podporuje k zotavení, někdy s klientem naváže nejlepší vztah a panuje mezi ní a klientem pevná důvěra.

6. Pracovní konzultant – konzultant na podporované zaměstnání musí být vzdělán dle zákona o sociálních službách, konzultuje a hledá klientům pracovní místo na běžném trhu práce, hledá s klientem jeho silné stránky, spolupracuje s firmami v daném regionu (www.reformapsychiatrie.cz).

Case management

Case management je nepostradatelnou metodou práce při spolupráci s duševně nemocnými klienty. Case management jako metoda práce se objevuje mezi jednotlivými sociálními, ale i zdravotními službami.

Case management, česky též „případová práce“, „případové vedení“, nebo také „vedení případu. (Stuchlík, 2001).

K Case managementu existuje celá řada definic. Případové vedení neboli Case management můžeme definovat jako pomocnou metodu práce nejen pro pracovníky, ale i pro klienty, kde řešíme případ klienta souhrnně (www.sance.chrudim.cz).

Dále můžeme Case management definovat jako podporu klientovi zorientovat se v chaotickém prostředí, naleznout cíl a naučit se využívat a nalézat podpůrné sítě, které má klient k dispozici (Nepustil, 2013).

Je to systémové vedení případové práce, které se zaměřuje na klienta jako takového. Je potřeba znát veškeré potřeby klienta, nastavit rehabilitační plán a cíle klienta a průběžně jej hodnotit (Stuchlík, 2001).

Důležitým prvkem je tedy tedy klient, CM se tedy zaměřuje jak na jeho kvalitu života, tak i na osobní vztah mezi klientem a pracovníkem, aby našli pozitivní výstup práce (Tahan, 2017).

Cílem case managementu v rámci péče o duševní zdraví by tak mělo být správné koordinování služeb. Měl by být využíván jak v komunitní péči, tak v terénních týmech a měl by zajistit komplexnost a celistvost péče pro osoby duševně nemocné.

Case management je tedy proces, kde se klient s pracovníkem setkává především jako s lidskou bytostí, profesionalizace práce zde není na místě (Matoušek, 2013).

Case management rozdělujeme na dva základní typy. Prvním je individuální case management, tzn., že případovou práci vede jeden klíčový pracovník, který nese zodpovědnost za veškerou koordinaci případu, rozhoduje se společně s klientem o celém postupu práce.

Druhým typem je pak týmový case management, tzn., že v případové práci je zapojený celý tým pracovníků složený z mnoha odborníků. Týmový case management, pak rozlišujeme na interní a externí, přičemž v interní případové práci se na případu podílí tým z jedné organizace a u externího se pak scházejí odborníci z více organizací najednou (www.socialni-zaclenovani.cz).

Klíčový pracovník je poté ústředním člověkem pro Case management. Je to osobnost, která vede případovou práci, můžeme ji označit také jako Case manažer. Case managementem bývá nejčastěji sociální pracovník nebo psychiatrická sestra.

Case manažer by měl umět dobře komunikovat, umět navázat vztah s klientem, motivovat klienta k projevu emocí, pocitů a názorů, podporovat klienta v pojmenování jeho problémů, umět radit problémy od nejdůležitějších, hledat možnosti řešení, umět spolupracovat s multikulturním obyvatelstvem, hledat rozdíly a také pomáhat naleznout životní smysl.

Mezi fáze případové práce řadíme:

1. Klasifikace potřeb klienta a jeho okolí, hodnocení vztahu mezi klientovým prostředím a klientem
2. Plán rehabilitace
3. Kroky jak docílit uskutečnění plánu
4. Sledování plánu, jeho průběžné hodnocení s případnými úpravami
5. Závěrečné vyhodnocení spolupráce

(Matoušek, 2013).

Centra duševního zdraví a jejich služby

Služby v centrech duševního zdraví poskytuje multidisciplinární tým složený z řad odborníků různých profesí. Při poskytování služeb je brán zřetel na reformu psychiatrické péče. Jsou jimi:

1. Terénní služby – to jsou veškeré služby vykonávané v terénu, tedy služby v autentickém prostředí uživatele služby, kde pracovník vykonává přímou práci s klientem a jeho okolím, tyto služby může provádět kdokoliv z týmu, a i více zaměstnanců najednou
2. Denní služby – jedná se zejména o služby psychiatrické ambulance a jiné psychoterapeutické činnosti či vzdělávání, denní služby umožňují podporu sociální rehabilitace, může jimi být např. nácvik vaření a jiných zkušeností, služby denní péče může vykonávat kdokoliv z týmu, stejně jako služby terénní

3. Krizové služby – tyto služby vznikají za účelem zabránit hospitalizaci, pomáhají klientovi zvládnout jeho zhoršený zdravotní stav, mohou být poskytovány jak přímo v centru duševního zdraví, tak u klienta či po telefonu, na kritický stav může upozornit klient sám, kdokoliv z MTD týmu anebo okolí klienta, s klientem se vytváří tzv. protikrizový plán, který pomáhá krizi dobře zvládnout
4. Psychiatrické služby – tyto služby poskytuje lékař v týmu, tedy psychiatr anebo sestra určená pro péči v psychiatrii, služby se mohou poskytovat jak přímo v místě CDZ, tak v terénu, u klienta doma, psychiatrické služby zaštiťují terapeutické činnosti, vytváření krizových plánů společně s dalšími členy týmu, psychiatr může být účastněn na všech schůzkách a nechybí na poradách týmu, diagnostikuje klienta, upravuje medikaci klienta, zdravotní sestra aplikuje depotní injekce a provádí jak rozhovory s klientem, tak služby týkající se ošetřovatelství, provádějí telefonické rozhovory
5. Služby vykonávané klinickým psychologem – jsou to opět služby poskytovány jak v terénu, tak v místě CDZ, do těchto služeb řadíme diagnostiku a terapii
6. Psychoterapeutické služby – jsou služby na doporučení psychiatrického nebo psychologického pracovníka. Je vytvořen plán psychoterapie, který spadá pod individuální plán klienta. Tento plán je postupně obměňován, zaznamenáván do databáze klienta a hodnocen společně s klientem.
7. Svépomocné skupiny – jsou to všechny podpůrné činnosti pro poměrně velkou škálu lidí, pro rodiče, klienty aj., v těchto skupinách jsou využíváni právě peer konzultanti (www.mzcr.cz).

Výčet CDZ v Praze

Jak už bylo řečeno výše, CDZ jsou posledním pilířem psychiatrické péče v ČR, a stávají se tak nedílným článkem spolupráce na rehabilitaci klientům s duševním onemocněním. Pro naše účely vymezíme ta Centra duševního zdraví, která momentálně fungují v oblasti hlavního města.

CDZ v Praze:

- CDZ Podskalí Fokus Praha + PK Ke Karlovu, spádovost Praha 1
- CDZ Podskalí Fokus Praha + PK Ke Karlovu, spádovost Praha 2
- CDZ Podskalí Fokus Praha + PK Ke Karlovu, spádovost Praha 10
- CDZ pro Prahu 6 Fokus Praha + ÚVN Střešovice spádovost Praha 6
- CDZ Praha 8 Fokus Praha + PN Bohnice spádovost Praha 8

- CDZ Praha 9 Fokus Praha + PN Bohnice spádovost Praha 9, Praha 18
- CDZ Eset help + klinika Eset, spádovost Praha 10 (Strašnice, Malešice, Záběhlce), Praha 11 (Háje), Praha 15 (Hostivař)
- Komunitní tým Karlín Fokus Praha spádovost Praha 3, Praha 5, Praha 7 – tento tým není multidisciplinární

Můžeme vidět, že Center duševního zdraví v Praze vzniklo už poměrně dost, ale stále zůstávají některé části Prahy nepokryté. Chybí např. Praha 4, kde ale nyní fungují alespoň služby organizací Baobab, Bona.

Praktičtí lékaři jako další článek spolupráce

Velkým tématem u nás je spolupráce psychiatrů a obvodních lékařů vůbec. Často mezníkem spolupráce těchto lékařů bývají sociální pracovníci. Od nich ale také uslyšíte, že se s nimi lékař často nebaví, protože sociální pracovník není lékař a odborník. Někdy je to ale chyba, jelikož právě sociální pracovníci, s osobami duševně nemocnými tráví většinu času. Nyní se ale pojdme podívat, jak fungují lékaři obvodní a psychiatři.

Obvodní lékaři v České republice ještě nemají přesně vymezenou roli v rámci péče o pacienta trpícího duševním onemocněním. Ve státech, kde již běží integrovaná péče, je působnost obvodního lékaře zásadní. Stejně jako psychiatři, mohou být jejich kolegové z oboru praktického lékařství prvním místem, kam pacient, potýkající se s duševním onemocněním, dorazí. Obvodní lékař má tak vliv na to, jak bude probíhat léčba duševně nemocné osoby.

Ačkoliv v Česku není zatím role praktického lékaře v péči o klienta s duševním onemocněním nijak výrazně definována, i tak řada pacientů potýkající se s duševním onemocněním vyhledává jako první kontakt právě jeho. Správná a včasná diagnostika pak může ovlivnit průběh nemoci.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví mapovalo pohledy psychiatrů a praktických lékařů na vzájemnou spolupráci, kde vidí plusy a mínusy ve spolupráci, jakou náplň práce by měl vykonávat s duševně nemocným a jaké vzdělání k lepší spolupráci, případně k vykonávání činnosti, daný odborník potřebuje.

Z dotazování a mapování od praktických lékařů a psychiatrů vzešlo, že je důležitý osobní kontakt a potřeba dlouhodobé spolupráce. Na tom se tyto odborníci shodovali a zařadili tyto činnosti do kolonky pozitivní spolupráce. V negativní spolupráci, která probíhá, už se podněty rozcházely. Praktičtí lékaři vidí jako negativum malý počet ambulantních psychiatrických lékařů, nedostačující zpětnou vazbu a mají problémy posílat pacienty k těmto

lékařům z důvodu velkého stigmatu. Psychiatři vidí téma stigmatu shodně jako obvodní lékaři, navíc pak upozorňují na problémy spádovosti a na nejistoty ochrany GDPR u praktických lékařů.

V rámci definování úkolů se pak shodují praktikové s psychiatry na tom, že pokud by psychofarmaka mohl předepisovat jak praktik, tak psychiatr, přináší to s sebou jistá pozitiva i negativa. Psychiatři by pak měli diagnostikovat všechny psychiatrické diagnózy, avšak nemají na to čas, ale tak by to podle nich mělo vypadat. Dle obvodních lékařů by lehčí poruchy měli diagnostikovat oni sami a psychiatr by jim měl být k dispozici ke konzultaci.

Posledním tématem mapování bylo vzdělávání těchto odborníků v souvislosti s duševním onemocněním. Z této kolonky vyšlo, že by všichni tito odborníci měli mít obecný přehled organizací a služeb pracujících s duševně nemocnými, obvodní lékaři by měli především znát jednotlivé diagnózy, psychiatři by byli rádi, kdyby znali i problémy spojené s raným zachycením psychóz. Mimo jiné obvodní lékaři pak upozorňují na nedostatečné vzdělání v oblasti mladistvých a dětských pacientů. Závěrem pak oběma skupinám vyšlo, že by mohlo být přínosné spojené vzdělávání a setkávání pro lékaře praktické i psychiatrické (www.cmhcd.cz).

3 Reforma psychiatrické péče

O reformě psychiatrické péče se v Česku mluví už dlouho. Samozřejmě. Reforma je rozsáhlá změna, je to proces, který trvá dlouho. Ale ačkoliv mám pocit, že se o ní dlouho mluví, v podvědomí občanů, kteří nepracují v pomáhajících profesích zaměřených na péči o duševní zdraví anebo nemají nemocné příbuzné, známé anebo nejsou sami nemocní, je stále málo známá. Možná je to tím, že málo mluvíme o tom, co by nám měla přinést, ne všichni známe její strategické cíle, ne všichni víme, co je účelem reformy. Nejvíce se k občanům dostává díky nově vznikajícím Centřům duševního zdraví, o kterých se občas mluví na televizních kanálech či se o nich píše v internetových zpravodajstvích.

Další otázka psychiatrické reformy, která se mi při psaní této práce pojí, je to, zda umíme správně vyhodnotit, co potřebujeme k tomu, aby se nám lépe reforma prováděla. Jednou takovou součástí je i propojení a spolupráce zdravotnických a sociálních služeb, kterým se budu více věnovat později, a to i ve výzkumném vzorku.

První pokusy o změnu psychiatrické péče u nás přicházely už před dvaceti lety. Několik let se zpočátku skoro nic nedělo. Nejvíce změn přichází právě v posledních letech.

Psychiatrická reforma je tedy velká systémová změna, která má zasáhnout jak oblast sociální, tak zdravotní, jejímž nejvyšším cílem je zlepšit životy lidí s duševním onemocněním a ctít jejich lidská práva (www.mzcr.cz).

3.1 Cíle reformy psychiatrické péče

Primárním cílem strategie psychiatrické reformy je posílení kvality životů lidí duševně nemocných. Se zlepšením kvality životů osob s duševním onemocněním se neodmyslitelně pojí také dodržování jejich práv. Pro reformu psychiatrické péče vznikl již v roce 2013 strategický plán, který byl podpořen Evropskými strukturálními fondy a investičními fondy (www.reformapsychiatrie.cz).

Strategický plán má sedm základních cílů, mezi nimiž jsou:

1. Psychiatrická péče by měla zvýšit svoji kvalitu, a to primárně za podpory organizace, která takovou péči poskytuje – první strategický cíl psychiatrické reformy vznikl z důvodu nedostatků poskytovatelů psychiatrických služeb, reaguje na špatnou

provázanost a spolupráci zdravotních a sociálních služeb. Jako velmi zásadní změna se považuje vznik Center duševního zdraví, zkr. CDZ, jako nového pilíře psychiatrické péče. Změny v rámci služeb by měli zajistit efektivnější a kvalitnější péči pro osoby potýkající se s psychiatrickou diagnózou. Aby byl tento cíl splněn, je důležité mít vybudované dlouhodobé finanční systémy psychiatrické péče, které budou udržitelné.

2. Destigmatizace osob s duševním onemocněním a destigmatizace oboru psychiatrie – většinová společnost vnímá duševně nemocné osoby často velmi negativně, osoby potýkající se s duševní nemocí jsou pak vyřazovány na okraj společnosti a nemají tak mnoho možností se začlenit např. na pracovní trh, tato situace pak přináší další problémy pro tyto osoby v rámci rehabilitace. Snižování stigmatizace by mělo vést k lepšímu životu těchto osob. Ke snížení stigmatizace by se mělo přistupovat zejména vzděláváním celkové společnosti a prováděním destigmatizačních kampaní.
3. Spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí by se měla zvýšit – vychází z nespokojenosti osob duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků s psychiatrickou péčí. Tento cíl by se měl zaměřit na provázanost psychiatrických služeb, na edukaci laické společnosti s přímým využitím Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče.
4. Efektivita psychiatrické péče by měla stoupnout především včasnou diagnostikou a odhalením skryté psychiatrické diagnózy – tento cíl by se měl zaměřit především na ranou a vhodnou diagnostiku, rozpoznání duševní nemoci. Prostřednictvím pregraduálního a postgraduálního vzdělávání jak lékařů, tak i nelékařských pracovníků by mělo usnadnit rychlejší odhalení možné psychiatrické diagnózy a nasměrování na správné odborníky. Tím, že osoba s duševním onemocněním bude včas předána do rukou odborníků, by se měl zkvalitnit i její život. Vzdělaní by měli být lékaři i ve všeobecných nemocnicích. Podmínkou ke splnění cíle je tak rozvoj vzdělávání v oblasti zdravotnictví.
5. Zlepšení úspěšnosti zapojení osob s psychiatrickou diagnózou do společnosti, především díky lepším podmínkám pracovních míst, bydlení, vzdělávání... – Zapojení osob uživatelů psychiatrické péče do společnosti je významná oblast, která je momentálně minimálně rozvinutá. Osoby s duševním onemocněním by se pak mohly lépe uplatnit na trhu práce, bydlení aj., a tím by se měl zkvalitnit i jejich život. Tento cíl by se měl naplnit prostřednictvím zvýšení služeb psychiatrické péče, provázání služeb zdravotnických a sociálních, a mimo jiné pomocí Center duševního zdraví, které by

mělo sloužit také jako poradenství pro duševně nemocné osoby v rámci jejich životních událostí.

6. Lépe propojit zdravotní a sociální služby a další následné služby – opět se vracíme k již několikrát zmíněnému bodu, a to je provázanost zdravotních a sociálních služeb, která by se měla vylepšit. Na ně ale navazují i další služby jako např. vzdělávací či aktivizační. Důležité je tyto služby provazovat i mezirezortně a spolupracovat na úrovni státní správy a územní samosprávy.
7. Zlidštit psychiatrickou péči – Psychiatrická péče u nás je založená na institucionálním pojetí, aby došlo ke zlidštění psychiatrické péče, je třeba snížit počet lůžek v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních, zvýšení počtu komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním. Mimo jiné je potřeba obor psychiatrie a komunitních služeb více dotovat a nastavit tak systémové změny i v rámci financí (www.reformapsychiatrie.cz).

3.2 Průběh reformy psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče má v Česku už skoro dvacetiletou historii. Její počátky sahají do roku 2000, kdy byla vydána tzv. koncepce psychiatrie Psychiatrickou společností, poté přijata Vědeckou radou v roce 2002. To byla vůbec první snaha o transformaci psychiatrické péče. Tato koncepce však byla zrevidována v roce 2008 a cílem revize se stalo vyhodnocení psychiatrické péče a nastavení rozvoje. Z tohoto konceptu dále vyplývalo, že by se měl snížit počet psychiatrických lůžek a rozvinout počet komunitních služeb, které se od roku 2000 téměř vůbec nerozvíjely. Koncept dále vymezuje finanční, personální i materiální vybavení ve veškerých službách zaměřených na péči o duševní zdraví. Důležitou složkou koncepce je nástin k vylepšení psychiatrické péče a dotýká se těchto jednotlivých činností: propojení spolupráce služeb v rámci péče o duševní zdraví, vytvoření nových služeb v péči o duševní zdraví, úprava práv osob s duševním onemocněním, zavedení hodnocení systému kvality služeb aj. Již tento koncept upozorňuje na problematiku týkající se oblíby a neoblíby cílové skupiny u politiků, novinářů, televizních stanic a širší společnosti (www.ceskapsychiatrie.cz).

K reformě psychiatrické péče vzniká, a v minulosti vzniklo, mnoho průvodců, brožurek a dalších spisů.

Jedním z takových je i Malý průvodce reformou psychiatrické péče, který uvádí jako argument k reorganizaci psychiatrické péče především nedostatek financí a zastaralost péče, která nepodává uživatelům to, co by potřebovali. Reforma psychiatrické péče má i vlastní strategii, která u nás byla schválena již v roce 2013.

V roce 2016 pak bylo podepsáno Memorandum o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče mezi Ministerstvem zdravotnictví, Českou lékařskou komorou Jana Evangelisty Purkyně a zdravotními pojišťovnami. Cílem tohoto memoranda je společně podporovat reformu a financování služeb, které mají vzniknout, aby umožnily lepší a dostupnou péči uživatelům těchto služeb.

V roce 2017 se definovalo, že má být péče o duševně nemocné lépe zorganizovaná, má být zaměřená na zotavení, využívat multidisciplinární přístup. Jako důležitý úkol pak vyhodnocuje včasné určení diagnózy a léčby duševních onemocnění. Dále popisuje, že by měly vznikat další komunitní služby a týmy a nově také centra duševního zdraví. Klade si také za cíl vytvořit síť služeb pro osoby potýkající se s duševní poruchou, a to jak zdravotní a sociální, tak také ty specifické, zaměřené na bydlení, práci a vzdělávání. Mimo jiné by v novém systému neměly chybět ani psychiatrické ambulance, akutní lůžková péče, lůžka následné péče by měly pak ubývat. Důležitým článkem pro reformu je, aby vznikla spolupráce mezi určitými ministerstvy, zejména mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí, dále však také Ministerstvem spravedlnosti, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvem financí a případně dalšími. Je zde taky upozorňováno, že v rámci reformy psychiatrické péče by bylo vhodné, aby vznikl samostatný zákon o psychiatrické péči. Reforma psychiatrické péče pak také vyžaduje úpravu financování služeb. Nově by tedy kromě krajů měly tyto služby být financovány také statním rozpočtem a podílet by se měly i zdravotní pojišťovny. Na reformu psychiatrické péče v České republice také přispěly Evropské strukturální a investiční fondy (www.reformapsychiatrie.cz).

Ke konci loňského roku pak vznikl další průvodce psychiatrickou reformou, který byl publikován v říjnu.

Dle průvodce z loňského roku se plánuje letos, tj. v roce 2020 otevřít nová CDZ tak, aby jich fungovalo již 30. Plánuje se mimo jiné rozšířit psychiatrická ambulantní péče, a to nyní již i pro děti a dorost. Dále je úkolem pro rok 2020 zapojit také adiktologické služby do reformy. Reforma psychiatrické péče si u nás klade za cíl v příštích 10 letech dát do provozu ještě na sedmdesát CDZ, tak aby jich v roce 2030 fungovalo v ČR 100. Nově by v tomto roce měly také začít fungovat tedy ambulance psychiatrické péče s rozšířenou péčí, tedy multidisciplinární.

Reforma duševního zdraví obsahuje mimo jiné také program destigmatizace (tj. odstranění odmítání a vylučování osob duševně nemocných ze společnosti), který začal probíhat v roce 2017 a měl by fungovat do roku 2022, tedy ještě v následujících dvou dalších letech. Díky tomuto programu vznikla také Iniciativa NA ROVINU, jejímž hlavním cílem je snížit či odstranit stigmatizaci a diskriminaci osob potýkající se s duševní poruchou. Rozpočet tohoto projektu je téměř 95 mil. Kč. Tento projekt je známý především tím, že se zde mluví otevřeně a narovinu, pravdivě o duševním onemocnění. Tento projekt se prezentuje především na svých webových stránkách a to narovinu.net, ale mimo jiné i na sociálních sítích, především na Facebooku a v roce 2019 také spustil Instagram.

Nově také vznikl Národní akční plán pro duševní zdraví na deset let. K lepšímu průběhu reformy psychiatrické péče pak vznikla v říjnu loňského roku také Rada vlády věnující se duševnímu zdraví. Ta by měla mít za úkol vytvořit meziresortní spolupráci.

V rámci reformy psychiatrické péče se řada psychiatrických nemocnic také zapojila do transformace, a přijala tak transformační plán. V Česku je zapojeno 17 takových nemocnic, které mají svůj transformační tým, který jím má pomoci nastavit změny. Tyto změny probíhají od roku 2018 a některé nemocnice, např. Psychiatrická nemocnice Bohnice, se mimo jiné podílely také na zřízení Centra duševního zdraví pro Prahu 8. Mimo lůžkové péče mají tedy nově i terénní týmy, které jsou součástí nemocnic. Transformace psychiatrické péče již probíhá a pravidelně se hodnotí. Bylo např. zjištěno, že v prvních pěti měsících roku 2019 bylo propuštěno 736 dlouhodobě hospitalizovaných osob. Další z bodů, které se zjistily, bylo také, že v psychiatrických nemocnicích je většina pacientů hospitalizovaná z důvodu nevhodného sociálního zajištění a pouze 20% pacientů je v dlouhodobé hospitalizaci z důvodu vážného duševního onemocnění.

V roce 2018 také vznikl projekt VIZDOM – Včasné intervence u závažných duševních onemocnění, který cílí na osoby, které jsou v počátku nemoci a nabízí uživatelům a rodině odbornou pomoc a poradenství, které potřebují. Na stránkách tohoto projektu www.wizdom.cz je spuštěna i internetová poradna a online dotazník psychických příznaků. Hlavní činností je však navazovat klienty a jejich rodiny na služby rané intervence (www.mzcr.cz).

3.3 Aktuální stav reformy psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče je v České republice v plném proudu. Za poslední dva roky se událo v Česku na poli psychiatrie více změn jak za posledních 20 let. Vznikla první CDZ a transformační plány nemocnic, ale tím to zdaleka nekončí, a i nyní se toho hodně děje.

Reforma PP je primárně řízena MZ za podpory ESIF. Momentálně do reformy ještě nejsou zapojeny všechny rezorty, tudíž ne všude se mohou zavádět změny. Ve chvíli, kdy se tyto rezorty zapojí, vzniká nárok na dotace, které ke změnám potřebujeme. V letošním roce 2020 by se tak měly některé rezorty do reformy zapojit.

Dalším bodem, který je potřeba řešit, je to, že v rámci reformy PP se realizuje mnoho projektů, které jsou zaměřené na vážné duševní onemocnění, a chybí tak projekty i pro osoby trpící lehčí formou psychiatrické poruchy a projekty týkající se předcházení duševního onemocnění, tedy odvětví prevence. Tyto projekty také souvisí se vznikem nových služeb, které by v tomto roce měly vzniknout, a to služby také pro děti a dorost, pro osoby potýkající se s demencí a závislostmi anebo pro osoby, které mají nařízenou OAL (ochrannou ambulantní léčbu). Navíc by v červnu letošního roku měly vzniknout první ambulance s rozšířenou péčí, tedy odborné ambulance, které budou disponovat kromě psychiatra také MTD týmem.

V průběhu roku 2020 by mělo vzniknout a začít fungovat dalších devět center duševního zdraví na území ČR, na konci roku by jich tedy mělo být v provozu již 30. Momentálně se také pracuje na změně zákonů č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, dále zákonu č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a také zákonu č. 108/2006Sb., o sociálních službách, do kterých by se měly zakotvit Centra duševního zdraví a jejich financování.

Dále se pracuje i na změně zákonu č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a také zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, a to v souvislosti s ukotvením vzdělávání v rámci psychoterapie do legislativy. (www.reformapsychiatrie.cz)

V rámci financování akutní péče vzniklo v roce 2019 memorandum k pilotnímu projektu tohoto financování, které podepsal ministr zdravotnictví a 10 oborových zdravotních pojišťoven, a to Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna, Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Úhradové mechanismy se upravily tak, aby motivovaly poskytovatele služeb pro duševně nemocné podávat co nejvyšší služby v rámci akutní lůžkové péče, aby chtěly transformovat následnou lůžkovou péči (www.zpmvcr.cz).

V loňském roce byl také vydán Národní akční plán duševního zdraví (NAPDZ) na léta 2020-2030 (www.mzcr.cz).

Novým zlomovým prvkem by se mělo stát vybudování zdravotnických krizových center při všeobecných nemocnicích. Taková centra by mohla vzniknout do roka v každém kraji České republiky. Novou síť navrhla Rada vlády pro duševní zdraví.

V rámci letošní krize pojící se s nemocí COVID 19, kdy počet osob s duševním onemocněním vzrostl o 10 procent a počet sebevražedných klientů vzrostl až o třetinu, Rada vlády schválila tedy Národní akční plán prevence sebevražd, který navazuje na NAPDZ, a navrhla opatření ke zvládnutí situace v případě, že by situace COVID 19 následovala druhou vlnou. V době této pandemie byla zřízena i psychologická linka první pomoci, která za dobu 3 měsíců provedla přes 2.600 hovorů. Kromě krizových center, která by měla vzniknout, se navrhlo také zvýšení přístupnosti psychoterapeutických a psychosociálních služeb (reformapsychiatrie.cz).

3.4 Výhled transformace psychiatrické péče

Jak by měla vypadat psychiatrická péče po transformaci? Nyní můžeme s tíhou odhadovat, jak bude systém psychiatrické péče po takové změně vypadat. Existují ale jisté vize, které vycházejí z Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030. Tento plán vznikl proto, aby nás trošku reformou provázel a nastavil cíle, které je potřeba dokončit. Navazuje na dokument Strategie reformy psychiatrické péče, který vznikl v roce 2013.

Tento dokument si klade jistý výhled a vize do budoucna.

Mezi základní tyto vize patří především to, že v roce 2030, tedy na konci tohoto Národního akčního plánu pro duševní zdraví, budou pro občany ČR zaručeny předpoklady pro úplné zdraví duševní pohody každého člověka. Osobám potýkající se s duševní poruchou by pak měl být umožněn kvalitní život s ohledem na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. V roce 2030 by měla být systematicky proměněna péče o duševní zdraví, která by měla sestávat ze sítě komunitních služeb, lidských zdrojů, přepracované efektivní legislativy, ochrany práv osob s duševním onemocněním, jejich zplnomocnění, soustavy kvality péče, financování, studií, informačních systémů, odborné přípravy, a také koordinace a vedení poskytované péče. Tento systém by měl být vzájemně propojen.

Stát či reforma si pak klade za cíl v roce 2030, aby fungovala MTD spolupráce ve všech komunitních týmech, které fungují ve všech regionech ve prospěch zdraví občanů. Týmy

fungují pro duševně nemocné, ale i pro děti, seniory, osoby trpící demencí, pro osoby, které mají problémy se závislostí či pro ty, které mají nařízenou ochrannou ambulantní léčbu.

V roce 2030 jsou právně ukotveny všechny předpisy k poskytování služeb zdravotních a sociálních, k hodnocení jejich kvality, včetně ukotveného financování. Je právně ukotvené vzdělávání jednotlivých profesionálů včetně peer konzultantů. Do roku 2030 dojde ke splnutí právních předpisů Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva spravedlnosti, týkajících se osob s nařízeným ochranným léčením. Navíc má být právně ošetřena i oblast institucionalizace dětí. Je tak vize, že financování psychiatrické péče bude v roce 2030 na stejné úrovni, jako je tomu ve státech západní Evropy. Česká republika si také klade za cíl vzdělávat děti na základní škole v oblasti psychosociální výchovy. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením je plně uznávána a zohledňována. V roce 2030 také funguje prevence pro sebepoškozování a sebevraždy. Destigmatizační programy jsou nadále rozvíjeny, vylepšovány a aplikovány.

Národní akční plán duševního zdraví navrhuje vizi rozdělit do jednotlivých dílčích kroků. Těchto kroků neboli strategických cílů je celkem pět. Tyto strategické cíle mají pak rozčleněné i cíle specifické, zaznamenané opatření a plánovaný rozpočet. Všechny tyto informace nalezneme v NAPDZ (www.mzcr.cz).

3.5 *Deinstitucionalizace psychiatrické péče v zahraničí*

Ačkoliv u nás má deinstitucionalizace psychiatrické péče před sebou ještě dlouhou cestu, v několika zahraničních státech především západní Evropy proběhla již před několika lety.

Je tomu více než čtyřicet let, kdy začala deinstitucionalizace psychiatrické péče v Terstu, která vyvrcholila rokem 1980, kdy byla uzavřena léčebna. Více jak třicet let, kdy se začaly uzavírat i léčebny v západní části Evropy.

Deinstitucionalizace v zahraničních státech má tedy už dlouhou historii, a díky ní můžeme vidět i její znaky dobré praxe a nechat se právě u nás inspirovat zkušenostmi ze zahraničí.

Základní charakteristikou deinstitucionalizace je to, že došlo ke změně systému z ústavní péče a její přesunutí do komunitních služeb. Vznikla mezinárodní síť spolupráce v oblasti péče o duševní zdraví, aby spojovala ta místa, kde již úspěšně vznikly kvalitní komunitní služby s těmi, kde toto zavádění služeb teprve čeká nebo se právě zavádí. Společnou představou této sítě potom je mít respektující svět, který si cení rozdílů mezi lidmi, a tím vytváří

pro duševně nemocné kvalitnější podmínky života, kdy silné stránky těchto lidí obohacují celou společnost (Toresini, Mezzina, 2017).

Příklady deinstitucionalizace především díky státům západní Evropy máme již mnoho. Transformace psychiatrické péče už proběhla např. v Anglii, Nizozemí, Španělsku, Rakouských Korutanech, Irsku, ve Francii a dalších zemích.

3.5.1 Zkušenosti transformace psychiatrické péče v Terstu

Jako příklad ze zahraničí jsem si vybrala reformu psychiatrické péči v Terstu, který je v Česku hojně rozšířen a udává se jako ideální praxe transformace psychiatrické péče.

Deinstitucionalizace v Terstu začala v roce 1971. Jejím hlavním představitelem byl Franco Basaglia, italský psychiatr, který je považován za muže, který uzavřel léčebny. Psychiatr kritizoval psychiatrickou péči už jako student medicíny. Když nastoupil jako ředitel léčebny v Gorizii v roce 1961, odmítl podepsat seznam pacientů, kteří měli být přivázáni na noc k lůžku. Později za pomoci forenzního týmu a Basaglia byla psychiatrická léčebna v Gorizii zcela uzavřena.

Franco Basaglia nastoupil jako primář v psychiatrické léčebně San Giovanni ve městě Terst, v severní Itálii. V tu dobu bylo v místní léčebně hospitalizováno přes tisíc pacientů. Tady začal s reformou psychiatrické péče. Přesvědčil pracovníky léčebny a obyvatelstvo, že duševně nemocní nejsou nebezpeční. Původně přesvědčil personál, ukázal jim metodu jiné práce a poté bral pacienty do společnosti. Příznivci Basaglia v té době už nechtěli jen rušit a předělávat psychiatrické léčebny, ale zakládali komunitní služby. Důraz byl kladen na to, aby se lidé potýkající s duševní nemocí nemuseli do léčebny dostat vůbec. Téměř deset let po nástupu Basaglia do psychiatrické léčebny se mu podařilo v roce 1980 léčebnu zavřít úplně.

Významným mezníkem Basaglia bylo také vytvoření zákona č. 180 v roce 1978, který definuje nové poskytování psychiatrické péče a zakazuje zakládání psychiatrických léčeben a nové hospitalizace uvnitř ještě fungujících psychiatrických léčeben (Foot, 2015).

Momentální síť pro osoby s duševním onemocněním v Terstu se skládá z Oddělení duševního zdraví, které má čtyři komunitní centra a je spádovou organizací pro 242 tisíc obyvatel. Každé komunitní centrum má potom mezi šesti až osmi lůžky a je otevřeno nonstop. Do Oddělení duševního zdraví také spadá akutní oddělení psychiatrie, které přijímá pacienty na více jak den a deleguje je na komunitní centrum, co nejdříve to stav pacienta umožní. Akutní oddělení psychiatrie disponuje s osmi lůžky. Mimo jiné síť pro duševně nemocné zastrešuje také podpůrné rehabilitační a rezidenční služby, ty čítají 12 komunitních bytů s celkovým

počtem 72 lůžek. Mimo jiné zde fungují ale i denní centra, která připravují osoby na práci. Jsou zde podporovány i programy, centra a svépomocné skupiny pro uživatele i rodiny. Vznikla také Univerzitní psychiatrická klinika, která čítá 8 lůžek. Z některých oddělení původní léčebny vznikla komunitní lůžka, která čítají 110 míst a lidé zde žijí v dobrých podmínkách života dodnes.

K velmi zásadním informacím od zrušení psychiatrické léčebny v Terstu v roce 1980 patří i data ohledně hospitalizací. Velmi příznivá čísla jsou např., že pouze 10 lidí ze 100, kteří byli přijati na krizová lůžka, tráví noc v nemocnici. Průměrný počet dní jednoho pacienta v hospitalizaci je pak 7 dnů, tedy jeden týden, z toho jsou to 3 dny, které pacient tráví na akutním lůžku. Nedobrovolná hospitalizace za rok pak čítá v Terstu méně jak 6 osob. Co se týká služeb zaměřených na pracovní uplatnění těchto osob, ročně projde cca 150 lidí vzděláváním a tréninky, z nichž se na volném pracovním trhu uplatní přes třicet lidí. Je dobré se podívat i na náklady péče, které v roce, kdy fungovala psychiatrická nemocnice, činily ročně přes 28 mil. eur, v roce 2004 pak s novou sítí psychiatrické péče klesly náklady na 15 mil. eur. Když tuto částku přepočteme na jednoho obyvatele, pak náklad vychází 60 eur ročně a pouze nepatrná procenta jdou do zdravotní péče, okolo 95% jde na komunitní služby. Personální obsazení na oblast celého Terstu čítá pouze 28 psychiatrických lékařů, 10 sociálních pracovníků, 7 psychologů, pouze 6 pracovníků zaměřených na psychosociální rehabilitaci a nejvíce je zdravotních sester, těch je 180.

Vstoupit do služeb duševního zdraví v Terstu není nikterak složité a záludné. Člověk tak může být doporučen do Centra duševního zdraví úplně kýmkoliv – rodinou, přáteli, obvodním lékařem anebo může přijít sám. První kontakt nemusí probíhat přímo v Centru duševního zdraví, ale může to být i na obvodní klinice, nebo doma u duševně nemocné osoby, což ji může být příjemnější. U akutních případů duševně nemocných pak vstup do těchto Center koriguje Psychiatrická služba, která člověka diagnostikuje a vyhodnotí akutnost péče. Na vstup nejsou žádné pořadníky, obvykle je člověk přijat do 24 hodin. První schůzku obvykle vede profesionál, psychiatr či psycholog, ve spolupráci s dalšími pracovníky Centra duševního zdraví a probíhá mapování a plánování potřeb na míru danému klientovi. Psychiatrická péče se však takto nemůže zastavit, musí reagovat na potřeby dané společnosti a upravovat se v čase a prostředí (Toresini, Mezzina, 2017).

Terst je tedy krásným a vzorovým příkladem, že transformace psychiatrické péče má smysl a může být realizována. Od roku 1971, kdy v psychiatrické léčebně v Terstu bylo přes tisíc pacientů hospitalizováno, se dnes hospitalizuje úplné minimum osob.

4 Vzájemná spolupráce služeb

Mluvíme-li o duševním zdraví, mluvíme také o službách, které jsou tu pro osoby potýkající se s duševní poruchou dostupné. Mnoho těchto lidí si pak prochází řadou služeb, zjišťují, že nejsou momentálně vhodné pro danou službu a může jim tak být služba ukončená. Od některých takových osob pak můžete slyšet, i že jsou už „pře pečováni“ službami.

Některé osoby ale nejsou vhodně ke službě indikovány, a tak jim daná služba potom nedává to, co by chtěli. Některým osobám zkrátka nestačí jen sociální služba, jelikož řeší i spousty jiných situací, ve kterých se nachází, a potřebují tak býti více zasíťováni i jinými profesionály. Ne všechny služby poskytují veškerou péči, některé služby nemusí mít stále MTD týmy. A těchto osob se do sociálních služeb nyní dostává čím dál více.

Známe tři modely přístupu péče k lidem s duální diagnózou, tyto modely můžeme stejně aplikovat na osoby s psychiatrickou diagnózou. Dalo by se tedy říci, že jsou v ČR dnes přítomné tři modely, jak s takovými klienty spolupracovat. K popisu modelů využijí autory, kteří se zabývají následným modelem léčby, paralelním modelem léčby a integrovaným modelem léčby duálních diagnóz a popisují je. Spolupráce těchto modelů je pak zároveň závislá i na změnách, které se na poli psychiatrické péče objevují. Změnami myslím zejména vznik Center duševního zdraví anebo také zavádění tzv. multidisciplinární spolupráce do týmu sociálních, ale i zdravotních služeb.

4.1 *Následný model péče*

Následný model péče spočívá v tom, že duševně nemocnému se poskytuje péče v jednom zařízení podle toho, které zařízení klientův aktuální stav vyžaduje. Péče probíhá v zařízeních následujících po sobě, tedy i v čase po sobě. Znamená to, že je tedy klientovi poskytována péče např. v psychiatrické nemocnici pouze odborníky té dané nemocnice. Ve chvíli, kdy klientův stav nevyžaduje hospitalizaci, může se posunout např. do sociální pobytové služby, kde s ním pracuje pobytová služba na zakázkách, které jsou dány pobytovou službou.

V tomto modelu péče může klient střídat několik poskytovatelů, ale péče se tak prodlužuje, klient může ze sociální služby opět skončit v hospitalizaci, a spolupráce se sociální službou se tak přerušuje (Nevšímal, 2007).

4.2 Paralelní model péče

Model péče, který se věnuje všem potížím klienta. Řeší se zde teda všechno ve stejnou dobu např. práce, sociální vztahy, ale i zdravotní záležitosti aj., avšak každý problém si klient řeší jinde, v jiné službě. Dostává se sice tak klientovi komplexní péče, ale roztržitá (Höschl, 2002).

V tomto modelu péče se může pak stát to, že si klient řeší stejné věci na více místech. Předání kompetence v rámci komunikace spadá na klienta. Aby věděl, kde si jaké potíže má řešit. V rámci své diagnózy však tato schopnost může být snížena, nebo ji mít duševně nemocný nemusí vůbec. Když se podíváme na konkrétní případ, může to být, že klient je navázaný jak na Centrum duševního zdraví, tak na sociální pobytovou službu a tyto dvě služby spolu nekomunikují. Může tedy klient pak řešit např. vyřízení sociálního bytu s oběma stranami a žádost tak může být např. podána dvakrát. Je sice dobré, že klient má tyto kompetence ve vlastních rukou a učí se s nimi zacházet, může to být však kontraproduktivní (Fox a kol. 2011).

4.3 Integrovaný model péče

Posledním modelem péče, je integrovaný model. Tento model léčby znamená, že je klientovi poskytována komplexní péče v rámci jednoho zařízení od jednoho týmu. Znamená to tedy, že zařízení má vlastní multidisciplinární tým. Tedy tým, který se skládá z řad odborníků tj. adiktologové, psychiatři, sociální pracovníci, psychologové aj. a klient může tedy své problémy řešit v jednom týmu, kde je odkazován na daného odborníka (Fox, 2011).

Není však potřeba, aby mělo každé zařízení svůj multidisciplinární tým. Ve chvíli, kdy kolem klienta postavíme jeden tým odborníků sestavený z několika zařízení, může to být také tzv. integrovaný model léčby. Znamená to pak, že má klient psychiatra např. v CDZ, IPS pracovníka z chráněného bydlení, ve kterém bydlí, tam má i klíčového pracovníka a např. psychologa má z CDZ a adiktologa z adiktologické ambulance. Všichni tito odborníci se pak setkávají pravidelně na schůzkách a celou péči koordinuje jeden určený člověk, tzv. case manager.

Integrovaný model péče bývá velmi účinný. Klient je často velmi dobře zasíťovaný, což může přinášet např. včasnou intervenci, přecházení hospitalizace, relapsům aj. Zodpovědnost za celou rehabilitaci má pak celý pracovní tým, který je stanoven okolo klienta. Pracovníci by

měli mít dobře vytvořený vztah s klientem, který by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu.

Tato metoda péče bývá často velmi komplexní a perspektivní. Je založena především na motivaci a klient je zde zapojen do rehabilitace aktivně. Účastní se tak setkání, v kterých se řeší celý jeho případ a rozdělují se zde role. Klient je sám nejlepším odborníkem na svoji situaci, ostatní odborníci jsou pouze partneři, kteří vykonávají svoji roli pomáhající profese (Fox, 2011).

5 Praktická část

Výzkumná část této diplomové práce je zaměřena na spolupráci všech zařízení, ať už zdravotních nebo sociálních, poskytujících péči pro duševně nemocné osoby. S ohledem na právě probíhající psychiatrickou reformu v České republice vnímám funkční spolupráci služeb jako prvotní krok k úspěšné transformaci psychiatrické péče. Praktická část diplomové práce popisuje metodologii výzkumu, jeho cíle a zpracování dat neboli výsledků.

5.1 Metodologie výzkumu

K vlastnímu výzkumu jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Metodu kvantitativního výzkumu jsem zvolila z důvodu anonymity a možnosti získání přesných dat, ale i s ohledem na současnou komplikovanou situaci s nemocí COVID 19. Kvantitativní výzkum byl proveden vlastním dotazníkovým šetřením. Dotazník byl cílen na skupinu respondentů, kteří pracují s cílovou skupinou duševně nemocných osob, a to jak na respondenty pracující ve zdravotnické, tak i sociální sféře služeb zaměřené na psychiatrii. Data z dotazníkového šetření byla sesbírána z elektronického šíření dotazníku, který byl rozšířen prostřednictvím služeb pracujících s duševně nemocnou klientelou, ale také v papírové podobě prostřednictvím návštěv sociálních a zdravotních zařízení, a to jak v pobytových, tak terénních i ambulantních službách. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné.

5.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu mé diplomové práce bylo zjistit, jak funguje dosavadní spolupráce zdravotnických a sociálních služeb a také jak lépe propojovat světy zdravotnických a sociálních služeb na úrovni přímé péče, jak efektivně a lépe spolupracovat. A následně zjistit, co by mohlo spolupráci těchto dvou odlišných světů pomoci a usnadnit ji tak v případě, že by to bylo nutné.

Otázky na toto téma byly jak uzavřené, tak otevřené. Respondenti se mohli vyjádřit, co si o situaci myslí, mohli vylíčit své zkušenosti a prosadit svůj názor a své nápady a současnou situaci spolupráce hodnotit.

5.1.2 Výzkumné otázky a hypotézy k výzkumu

S cílem výzkumu souvisejí i výzkumné otázky a k těm poté přiřazujeme hypotézy jako doplněk. Hypotéza by nám měla podat zprávu o tom, jaká by měla být odpověď. Je to tedy jakási předběžná odpověď, kterou budeme potvrzovat anebo vyvracet.

K výzkumu jsem stanovila následující výzkumné otázky:

1. Jak vypadá aktuální stav spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení?

V rámci transformace psychiatrické péče považuji za nutné zjistit, jak funguje spolupráce mezi zařízeními ve chvíli, kdy by měly komunitní a další sociální služby přebírat osoby, které jsou v institucionální péči.

2. Jak by taková spolupráce měla vypadat? (včetně nástrojů, podnětů a příkladu ideálního stavu)

Zdárná reforma psychiatrické péče vyžaduje mnoho úsilí, ať už se týká pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují anebo například změn zákonů. Proto je také vhodné zjistit, co by všechno mohlo pomoci usnadnit reformu psychiatrické péče pro osoby, které jsou pro tuto reformu nezbytným článkem, tedy osoby pracující v přímé péči. Podněty těchto osob můžou být pak velmi cenné.

3. Liší se pohledy sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků na toto téma?

Otázka, která může přinést zajímavou odpověď, je bezesporu otázka, zda se liší pohledy pracovníků různé profese na situaci, která se na poli psychiatrické péči odehrává, na reformu, spolupráci a transformaci této péče.

4. Liší se odpovědi dle toho, kde pracovník vykonává své povolání, v jakém zařízení pracuje?

Nejen podle profese, ale i podle místa, kde pracovník pracuje, se může lišit pohled na celou situaci. Každé zařízení, organizace má svoji kulturu a nese si svoje hodnoty, a je tak zcela logické, že v každém zařízení pak může být jiný pohled na danou situaci.

K výzkumu jsou rovněž stanovené hypotézy a výzkumný předpoklad:

Výzkumný předpoklad č. 1. Aktuální stav spolupráce mezi službami není zcela funkční.

Hypotéza č. 1. Pohledy sociálních pracovníků a zdravotníků na spolupráci služeb a transformaci psychiatrické péče se liší.

Každá profese vyžaduje určitý druh vzdělávání. Psychiatrické zařízení, zařízení týkající se osob duševně nemocných vyžadují profese zdravotních sester, psychiatrů, adiktologů, psychologů, sociálních pracovníků a případně dalších osob. Vzdělávání zdravotníků vyžaduje studium medicíny, kdežto vzdělávání sociálních pracovníků a psychologů vyžaduje studium

humanitních a filozofických otázek a přístupů. Díky naprosto odlišnému vzdělávání a přístupu k situacím předpokládám, že se budou lišit i názory těchto odborníků na toto téma.

Hypotéza č. 2. Pohledy sociálních pracovníků a zdravotníků na spolupráci služeb a transformaci psychiatrické péče se liší podle zařízení, kde daný odborník pracuje.

Pracovníci pracující v čistě institucionální péči mohou mít jiný pohled než pracovníci pracující v ambulantních, komunitních službách. Institucionální péče má u nás dlouhou historii a velké kořeny. Také mohou mít jiná pravidla zařízení zdravotnické péče oproti zařízením, která spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Každá nemocnice, organizace, ambulance má pak své tradice a svoji kulturu, která se v daném prostředí nese, a může tak ovlivňovat své pracovníky.

5.1.3 Výzkumný soubor

O vyplnění dotazníku, který je součástí tohoto výzkumu jsem požádala respondenty z řad personálu zdravotnických a sociálních služeb zaměřených na psychiatrickou klientelu. Oslovila jsem tedy psychiatrické sestry, psychology, lékaře v oboru psychiatrie, sociální pracovníky a další odborníky spolupracující s touto cílovou skupinou.

Respondenty jsem oslovovala jak prostřednictvím sociálních sítí, kde mohli respondenti vyplnit elektronický dotazník, tak prostřednictvím osobních návštěv v zařízeních sociálních a zdravotních služeb zaměřených na cílovou skupinu duševního onemocnění.

Dotazníky byly anonymní, respondenti měli zaškrtnout pouze, zda pracují jako zdravotníci nebo sociální pracovníci a v jaké službě. Mimo jiné byl také dobrovolný, respondenti tedy dotazník vyplnit mohli, ale nemuseli.

Díky dotazníku složenému jak z otázek uzavřených, tak otevřených, mohli respondenti popsat své zkušenosti, své pocity, myšlenky a nápady.

Služby, které jsem navštívila nebo oslovovala elektronicky, byly heterogenní, co se týče typu tj. ambulantní, pobytovou i terénní.

Šetření probíhalo na území celé České republiky.

Jiná kritéria nebyla stanovena.

5.1.4 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu pro účely diplomové práce jsem zvolila dotazníkové šetření. Respondenti byli pak osoby pracující s cílovou skupinou duševně nemocných osob. Vzhledem ke stále se proměňujícím situacím na poli psychiatrické péče, jsem dotazníky sbírala tak, abych měla aktuální data. Dotazník byl zveřejněn a rozšířen, jak v elektronické podobě, prostřednictvím sociálních a zdravotnických služeb, za pomoci facebookových stránek a emailů, tak rozdán osobně v zařízeních poskytující péči o duševně nemocné. Jeho vyplnění bylo dobrovolné a anonymní. Sběr dat trval od 17. 7. 2020 do 25. 7. 2020.

Dotazník je složen z 16 otázek. V dotazníku se objevují otevřené a uzavřené otázky včetně otázek typu Likertovy škály. Volila jsem poměrně hodně otevřených otázek z důvodu získání cenných dat, která mi nahradila rozhovory, na které v současné ztížené době související s nemocí COVID 19 nejsou možnosti, čas ani prostor je provádět v zařízení těchto služeb. Sama jako pracovník ve službě chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním vím, jak byla a stále je tato mimořádná situace náročná. Navazoval tak na pilotní plán z ledna 2020, kde jsem mapovala a zjišťovala potřeby pracovníků na téma spolupráce sociálních a zdravotnických zařízení. Původní výzkum měl proběhnout kombinovanou metodou dotazníkového šetření společně s rozhovory. Prvotní dotazník obsahoval 10 otázek a byl zkušebně předložen pěti pracovníkům k prokázání jeho srozumitelnosti. Některé otázky byly pak použity i v novém dotazníkovém šetření. Vzhledem k nouzovému stavu, který v ČR trval 66 dní, od 12. března 2020 do 17. května 2020, a k opatřením, které česká vláda vydávala pro zdravotnické a sociální zařízení, bylo nemožné provést rozhovory, a to ani po ukončení tohoto nouzového stavu, jelikož většina těchto zařízení, zůstala i nadále zavřená pro veřejnost.

Dotazník vyplnila nadpoloviční většina těch, kteří dotazník dostali. Dotazník přikládám jako přílohu č. 1 této diplomové práce.

5.1.5 Zpracování dat

Pro zpracování dat jsem si rozdělila otázky dotazníkového šetření tak, aby na sebe navazovaly. Utvořila jsem tedy tři takové skupiny. První skupina vyhodnocuje otázky týkající se profese a místa působnosti (otázku č. 1 a otázku č. 2), druhá skupina se týká aktuálního stavu spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení, analyzuje základní otázky, zda je spolupráce vůbec možná a jak probíhá (otázky č. 4, 5, 8, 6, na niž navazuje otázka č. 9 a 16), a třetí skupinu

otázek můžeme zařadit do skupiny tzv. víry v reformu psychiatrické péče, která mapuje, zda má reforma vůbec smysl, proč je spolupráce mezi službami důležitá a uvádí nám, jaké nástroje by mohly spolupráci usnadnit (otázka č. 3, 7, 11, 12, 13, 14, 15). V poslední části pak porovnávám vztah mezi určitými otázkami dotazníku, abych zjistila, zda má na odpovědi vliv profese či místo pracovního výkonu.

K vyhodnocení sběru dat jsem se rozhodla použít metodu kódování.

Uzavřené otázky budou zaneseny pomocí grafu s popisnou statistikou. K vytvoření grafu jsem využila platformy Survio, kde jsem část elektronických dotazníků i nasbírala. Data z tištěných dotazníků jsem pak do stejné platformy přepsala (www.survio.cz).

K vyhodnocení otevřených otázek a komentáře jsem využila kódování metodou tužka – papír, kde jsem hledala kódy v odpovědích respondentů. Shodné a související kódy pak vytvořily jeden celek, jednu odpověď. Ty jsem poté zanesla do frekvenčních tabulek a přidala jsem k nim popisnou statistiku.

Abych zjistila poslední část vyhodnocení, tedy to, zda se liší pohledy respondentů na určité otázky podle pracovního zařazení nebo zařazení místa výkonu práce, jsem se rozhodla využít chí kvadrátový test. K provedení chí kvadrátového testu jsem pak využila dokument Excel, do kterého jsem zanesla tabulku, kterou jsem následně přepokopírovala do programu IBM SPSS pro vyhodnocení statistických dat.

5.2 Vyhodnocení výzkumu

V této kapitole se budu věnovat výsledkům dotazníkového šetření. Výsledky budou zaneseny za sebou, podle tří kategorií, které jsem zmiňovala již výše. Na tyto kategorie bude navazovat vyhodnocení posledních výzkumných otázek.

V rámci dotazníkového šetření jsem vybrala celkem 79 dotazníků. Z celkového počtu jich bylo 42 v papírové podobě a 37 se jich vybralo prostřednictvím elektronického dotazování. V rámci elektronického dotazování si 76% respondentů otevřelo dotazník skrz přímý odkaz, 22% skrz sdílení přes sociální síť Facebook a 3% jsou zavedeny z neznámého zdroje. Naprostě většině – 61 % všech dotazovaných pak trvalo vyplnění elektronického dotazníku 10 – 30 minut. 24 % respondentů v rámci online dotazování vyplňovali dotazník 5 – 10 minut, 8 % zabral čas více jak 60 minut a zbylým 7 % trvalo vyplnění dotazníku méně jak 5 minut času. V rámci papírového dotazování tyto data nemám k dispozici.

5.2.1 Vyhodnocení dotazníku

Dotazníkové šetření vyhodnocuji za sebou dle otázek nikoliv tak, jak byly řazeny za sebou v dotazníku, ale dle následujících zvolených kategorií:

- Kategorie otázek týkající se pracovního zařazení
- Kategorie otázek týkající se aktuálního stavu spolupráce sociálních a zdravotnických zařízení
- Kategorie otázek týkající se postojů k reformě psychiatrické péče

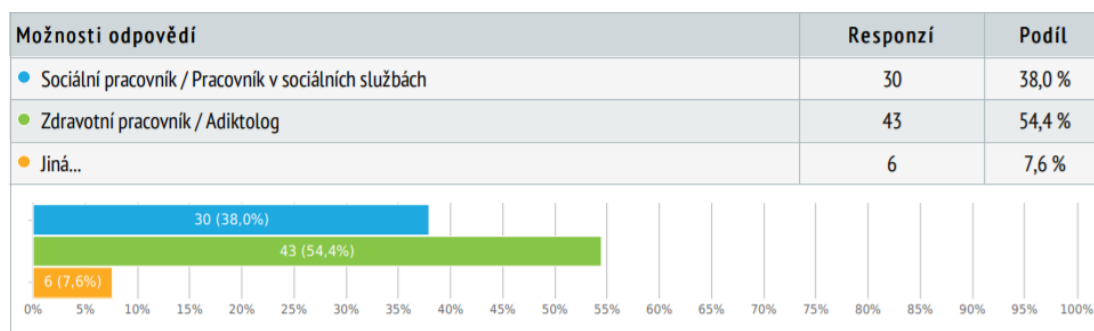
Poslední část vyhodnocování tvoří porovnávání otázek.

Pracovní zařazení respondentů

Profese

První otázka dotazníku byla uzavřená a týkala se profese respondentů. Ve službách zaměřených na péči o duševně nemocné osoby se nejvíce setkáváme se sociálními pracovníky a zdravotníky. Respondenti si ale mohli zvolit i kolonku jiné a doplnit svojí profesí. Někteří respondenti však zaškrtnuli kolonku např. zdravotnický personál a svoji pozici i blíže specializovali např. *psychiatr*, *zdravotní sestra* nebo sociální pracovník např. *manager služby*, či *klíčový pracovník* aj. Nejvíce respondentů z celkového počtu 79 bylo zdravotních pracovníků s celkovým počtem 43, což činilo 54,4 %. 30 osob vykonává profesi sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, což činí 38% z celkového počtu respondentů. Zbylých 7,6 % tj. 6 pracovníků vykonává humanitně zaměřenou profesi psychologa. Jak můžeme vidět v následující tabulce, počet sociálních pracovníků a zdravotníků se liší o 13 osob.

Tabulka č. 1 Profese

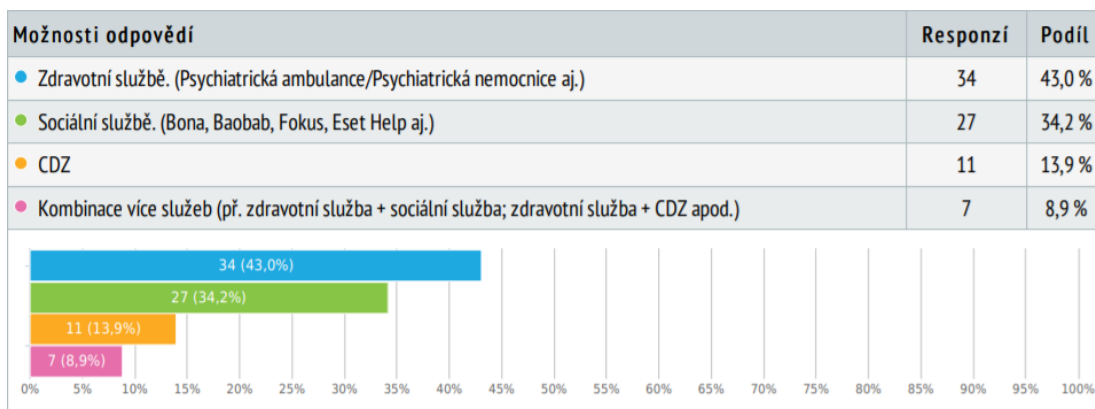


● (6x) Psycholog

Typ zařízení

Nejvíce respondentů zodpovědělo, že pracuje ve zdravotnické službě. O 7 respondentů méně pak pracuje v některé ze sociálních služeb. Dalo by se tedy říci, že zastoupení respondentů z těchto dvou služeb, zdravotních a sociálních, je téměř vyrovnané. 11 pracovníků poté pracuje v Centrech duševního zdraví. Ačkoliv CDZ spadá pod rezort zdravotnictví, je celkem novým pilířem psychiatrické péče a vnímám jej jako velmi důležitou součást psychiatrické reformy, a tak jsem pro CDZ udělala samostatnou odpověď. 7 respondentů pak pracuje v rámci své profese ve více službách.

Tabulka č. 2 Místo výkonu práce



Spolupráce sociálních a zdravotnických zařízení

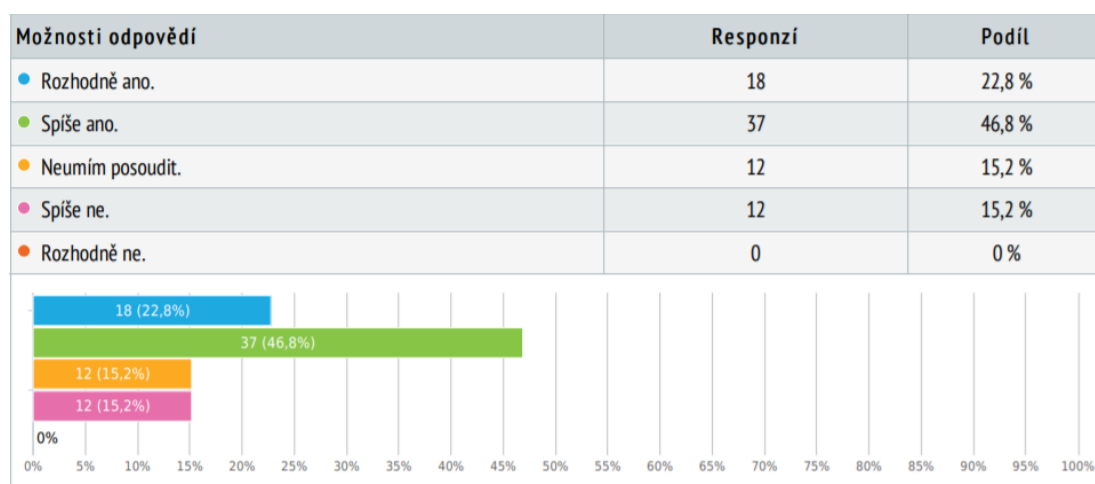
Aktuální možnosti spolupráce

Abychom se vůbec mohli bavit o spolupráci mezi službami, je vhodné zjistit, zda je podle pracovníků v přímé péči vůbec taková spolupráce reálná, jelikož tyto dva světy se zdají být velmi rozdílné.

Na tuto odpověď cílila otázka č. 4, ta nám prokázala, že by spolupráce vlastně reálná být mohla. Nikdo z respondentů nezaškrtl možnost rozhodně ne. Ukazuje se však, že 12 respondentů si pravděpodobně spolupráci v současné době neumí představit a stejný počet respondentů tuto otázku neumí posoudit.

Většina respondentů, 55 z celkových 79, se však přiklání k odpovědi, že spolupráce by mohla probíhat, z nichž 18 respondentů tvrdí, že spolupráce rozhodně lze a 37 respondentů zodpovědělo spíše ano.

Tabulka č. 3 Je možná spolupráce?



Bariéry ve spolupráci

Otázka č. 5 nám odpovídala na to, co aktuálně může bránit spolupráci mezi zařízeními. Odpovědi respondentů jsem rozkódovala do několika kategorií, které jsem zanesla do níže uvedené tabulky. Někteří respondenti uvedli více důvodů, žádný respondent nenechal okénko volné.

Celkem se posbíralo 145 odpovědí. Pouze jeden respondent si myslí, že stigmatizace osob s duševním onemocněním brání spolupráci mezi zařízeními a nejvíce, celkem 20 osob si myslí, že problémem je nedostatečná provázanost a komunikace sociálních a zdravotních zařízení. Finanční prostředky pak tvoří druhou nejvíce početnou skupinu, odpovědi byly např. „*nevyrovnané platy, soc. služby pak neuplatí své psychiatry a zdravotní odborníky*“; „*velmi rozdílné finanční prostředky na návaznou péči, zpravidla o třetinu menší pro pacienta, než prostředky na pacienta v době hospitalizace*“.

Pouze tři osoby neshledávají žádný problém, který by měl bránit spolupráci sociálních a zdravotních zařízení.

Řada odborníků pak shledává problémy nikoliv na úrovni přímé péče, ale nad celkovými systémy, jakými jsou zákony, převážně se objevovaly odpovědi např. „*problém informovanosti kvůli zákonu o GDPR*“; „*problémem, který brání spolupráci, jsou naše zákony, zdravotní a sociální služby mají odlišné podmínky, sociální služby nemohou zaměstnávat čisté zdravotní pracovníky, ale pracovníky v sociálních službách se zaměřením na zdravotní oblasti*“ aj.

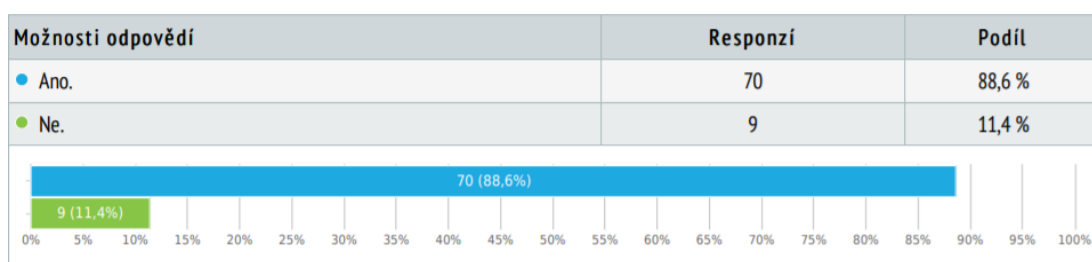
Tabulka č. 5 Co brání spolupráci?

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
nedostatečná provázanost a komunikace soc. a zdr. zařízení	20
finanční prostředky	15
nedostatek personálu	13
nevím	13
nedostatečná odbornost	12
nevyjasněné role	11
odlišné pohledy jednotlivých odborníků	11
zákony	11
nedostatek návazných služeb (sociálních i zdravotních)	8
zastaralý systém	7
časová náročnost	6
nedostatečná informovanost o reformě	6
mezirezortní spolupráce (MPSV, MZ); politika	5
nedůvěra profesí navzájem	3
nic	3
stigmatizace	1

Spolupracující

Otázka č. 6 nám odpověděla, že 70 respondentů z celkového počtu 79 spolupracuje v rámci své profese a práce s pacienty nebo klienty s nějakou další službou, než v které vykonává svou profesi. Pouze 9 pracovníků zaškrtnlo, že s žádnou další službou v rámci své profese a svých pacientů či klientů nespolupracuje.

Tabulka č. 5. Probíhá spolupráce?

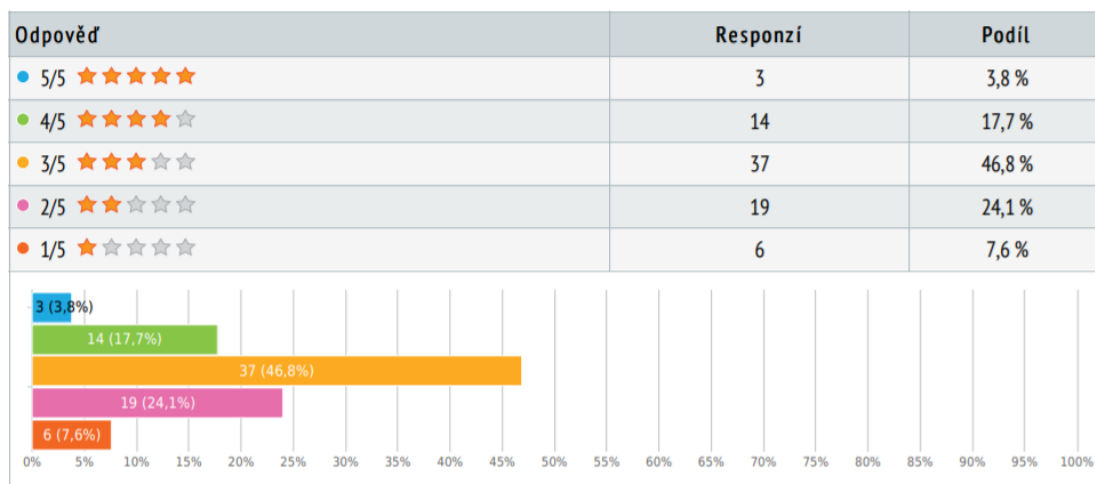


Hodnocení spolupráce

V této otázce měli respondenti zaškrtnout, jak hodnotí aktuální situaci spolupráce služeb navzájem. Hodnocení na škále od 1 do 5, kde číslo 5 představovalo nejlepší možnou spolupráci. Pouze 3 respondenti pak označili spolupráci za výbornou, a dali jí tak hodnotu č. 5. Nejvíce respondentů se pak pohybuje na středu s celkovým počtem 37. Když se na hodnocení podíváme

komplexně, zjistíme, že od středu dolů je více respondentů tj. 25, než těch co si myslí, že je spolupráce průměrná, lepší či výborná, těch je pouze 17.

Tabulka č. 6. Hodnocení spolupráce

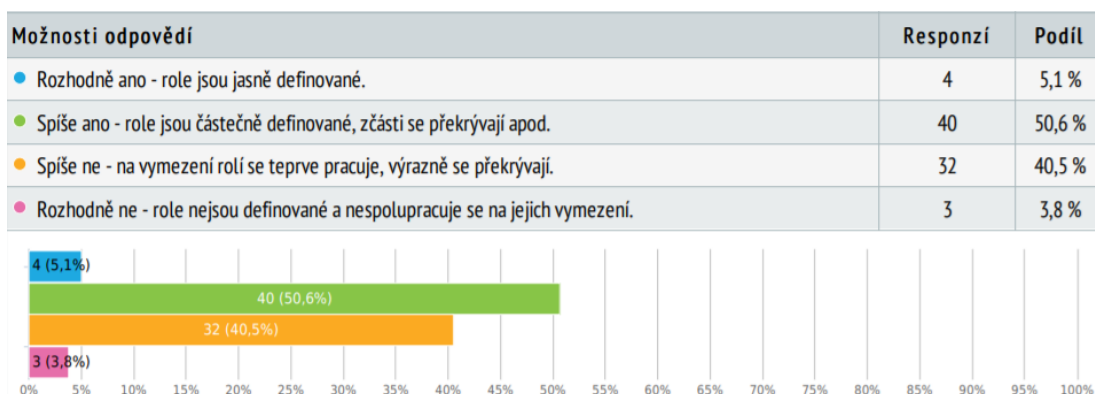


Role pracovníků v rehabilitaci klienta/pacienta

Otázka s číslem 10 byla uzavřená a byla cílena na to, zda si pracovníci myslí, že mají ve spolupráci jasně vymezené role. Otázka může být trochu zavádějící, jelikož to může respondenty házet do škatulek spíše ano/spíše ne dle dosavadních zkušeností, které mají. Každé takové zkušenosti můžou být poté jiné, a tak respondenti nemohou odpovědět úplně přesně. Myslím, že by to byl zajímavý dotaz do diskuze, která v momentálních opatřeních však nejde uskutečnit.

Dle odpovědí, které dotazníky zachytily, se nejvíce respondentů pohybuje ve škálách spíše ano – role jsou částečně definované, zčásti se překrývají / spíše ne – na vymezení rolí se teprve pracuje, výrazně se překrývají. Je tedy vidět, že role nejsou jasně definované nebo úplně nedefinované. Tato otázka nám tedy potvrzuje, že se role určitě překrývají a nejsou úplně čitelné pro mnoho zaměstnanců. Téma o vyjasnění rolí vnímám jako klíčové téma ve spolupráci služeb. Z celkového počtu respondentů, což bylo 79, se pouze 7 respondentů pohybuje v jasně vymezené škále a to 4 z nich ve škále rozhodně ano – role jsou jasně definované a 3 potom v rozhodně ne – role nejsou definované a nespolupracuje se na jejich vymezení.

Tabulka č. 7 Role



Charakteristika spolupráce

Otázka č. 9 byla opět otevřená a byla zaměřena na zkušenosti pracovníků se spoluprací. Respondenti se tak mohli rozepsat o svých zkušenostech, jak jejich spolupráce vypadá. Často pak jako součást odpovědi dávali i hodnocení, zdali podle nich spolupráce funguje dobře, nebo nefunguje, někteří zapsali pouze, že probíhá např. prostřednictvím společného setkávání.

Celkem se v této otázce posbíralo 100 různých kódů, které jsem rozčlenila do 18 různých kategorií. Pouze jeden respondent nevyplnil nic. Největší četnost odpovědí s počtem 13 dostala kategorie, že spolupráce probíhá prostřednictvím společných setkávání a open dialogů. Dvě další, poměrně početné kategorie – špatná spolupráce s nemocnicemi a spolupráce probíhá pouze prostřednictvím telefonických hovorů, na sebe navazují, jelikož mají definovaný i problém, proč tomu tak je. Tím jsou časové možnosti. Pouze 4 respondenti vyplnili, že spolupráce je dobrá a dobře koordinovaná. Naproti tomu 10 respondentů si myslí, že spolupráce mezi službami je koordinovaná špatně.

Podrobný přehled kategorií a počet respondentů je zaevidovaný v následující tabulce.

Tabulka č. 8. Charakteristika spolupráce

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
probíhá společné setkávání, open dialogy	13
spolupráce probíhá pouze telefonicky, z důvodu časových možností	11
spolupráce nevypadá dobře, péče je špatně koordinovaná	10
spolupráce probíhá pouze v navazování služeb, poté už ne	10
spolupráce neprobíhá, s nikým nespolupracuji	9
špatná spolupráce s nemocnicemi, malá, z důvodu časových možností	8
spolupráce je nejasná, nesystematická, náhodná	7
spolupráce probíhá prostřednictvím workshopů a případových konferencí	6
spolupráce vypadá různě, záleží s jakou službou, osobou	5
spolupráce vypadá dobře, péče je dobře koordinovaná	4
spolupráce vypadá pouze v navazování asistentů na doprovody, kvůli času	4
spolupráce nefunguje, probíhá jen na úrovni zástupců služeb	3
mám málo zkušeností	2
mám pocity, že do spolupráce musím ostatní zainteresované osoby nutit	2
nedostatečný přenos informací	2
spolupráce probíhá až v krizových situacích	2
spolupracuji pouze jako rádce v oblasti léků	1
volná kolonka	1

Příklady z praxe

Otázka, která navazuje na předchozí otázky, zejména na otázku č. 6, zda spolupracují respondenti s nějakou další službou, a na otázku č. 9, která se týká popisu takové spolupráce. Otázka č. 16 vyžaduje po respondentech nějaký příklad spolupráce, která nefungovala.

Po přečtení všech zkušeností respondentů z praxe, které jsem dostala, jsem vytvořila kategorie odpovědí, které jsem zapsala do tabulky níže. Vidíme, že mnoho dotazovaných napsalo, že se s takovou situací nepotkalo, a 4 dotazovaní tuto situaci nechtěli vůbec komentovat. Dalších 9 respondentů nemohlo žádnou zkušenost přinést, jelikož v rámci služeb nespolupracuje. A opět 9 dalších respondentů nepřineslo žádný příklad, jelikož napsali, že se se špatnou spoluprací potkali velmi často a bylo by zdlouhavé takové případy vypisovat.

Řada respondentů se pak shoduje, že v rámci spolupráce vážne komunikace a předávání informací, že problémy vznikají při propouštění klienta tj. 9 dotazovaných a 8 dotazovaných se shoduje vtom, že okolo rehabilitace klienta vznikají napříč služeb třetí plochy. Objevují se ale i témata jako odmítnutí hospitalizace – 8 anebo odmítnutí v sociální službě – 4.

Velké množství dotazovaných svoji zkušenost z praxe vyjádřilo. Někteří napsali dokonce takových příkladů více. Při čtení zkušeností respondentů jsem cítila mnoho pocitů, které se na papír v rámci daného případu od dotazovaných osob dostaly.

V rámci vybraných příkladů v otázce 16, jsem se rozhodla některé krátké zkušenosti použít a doslovně je přepsat.

Kazuistika č. 1 – problémy CDZ vs. CDZ

„V jednu chvíli byl klient v ukončování v jiném CDZ a u nás neměl vstup. Tým předchozího CDZ neobstaral výstupní kontrolu a současně se jeho stav výrazně zhoršil. Došlo k tomu, že náš tým musel ke klientovi asertivně vyjet a odvézt ho do nemocnice, ačkoliv za sebe vnímám, že to mělo udělat CDZ, které ho mělo oficiálně v péči, a situaci zanedbali, nedali nám vědět nebo nepožádali o pomoc.“

Kazuistika č. 2

„Klient s agresivními myšlenky, který ve službě CHB verbalizoval obavy, že by mohl někomu ublížit, jeho stav se ve srovnání s nástupem do CHB výrazně zhoršil, snaha reflektovat situaci kolegům z CDZ, kteří nemohou vzít klienta na rizikové lůžko, neslyší nebo nechtějí slyšet rizikovost zhoršeného stavu, ohrožují se tak klienti CHB a další osoby, odkládání hospitalizace z důvodu nesladění přístupu, celá situace vyvrcholila roční hospitalizací.“

Kazuistika č. 3

„Byli jsme opakovaně kritizováni za přístup k pacientkám a bylo nám zasahováno do našich kompetencí. „Proč jste nepodala lék paní, když si o něj řekla?“ „Paní můžete nebo nemůžete pustit pacientku na vycházku, má zákaz? Nebo proč? Vždyť je tady nemůžete držet zavřenou.“ Pak se na nás jako na personál nemocnice kouká tak, že jsme ti zlí, když držíme pravidla oproti CDZ, kteří jsou ti hodní.“

Kazuistika č. 4

„Celkově problematika chronických potíží – někdy mají pobytová zařízení pocit, že zdravotnictví je vyřeší a upínají se tak např. k hospitalizacím. Sporné pak bývají názory na pacienty s duální diagnózou. Velmi často jsou pravidla pobytových služeb přísně nastavena a např. nepřipouštějí a neakceptují recidivy. Dále někdy spolupráce opatrovnic – je třeba, aby některé se více zajímaly o své klienty, chodily do terénu, více hovořily s ostatními službami o potřebách klienta apod.“

Kazuistika č. 5

„Nekoordinovaná péče na základě rozdílných postojů a nedůvěry ve schopnosti jiné služby, nepochopení a zaměření se na problémy samotné namísto snahy a sladění péče a řešení potíží. Absolutní informační embargo. Posilování nedůvěry u klienta či pacienta vůči druhé spolupracující organizaci.“

Tabulka č. 9 Kazuistiky nefunkční spolupráce

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
ne	11
propuštění klienta	9
s žádnou takovou službou nespolupracuji	9
vázne komunikace a předávání informací	9
velmi často, bylo by zdouhavé je vypisovat	9
odmítnutí hospitalizace	8
třecí plochy v náhledu na stav klienta	8
vztah mezi službami, nepochopení se navzájem	6
nefunkční case manager	5
nechci komentovat	4
odmítnutí klienta v soc. službě	4
nefunkčnost krizových lůžek	2
opatrovník nesvolil k určitým variantám spolupráce	2
přerušování spolupráce v době hospitalizace	1

Důležitost spolupráce

Otázka č. 7 cílila na důvody, proč je spolupráce mezi zařízeními důležitá. Tato otázka je takovým mezníkem mezi kategoriemi otázek aktuálního stavu a víry v reformu. Neptá se tak úplně na aktuální stav ani na víru v reformu, ale ptá se na to, co si respondenti myslí o důležitosti spolupráce.

Otázka sesbírala celkem 98 kódů, které jsem seřadila do kategorií zaznamenaných v tabulce pod textem. Na tuto otázku jsem udělala dvě tabulky podle toho, jak odpovídali určité profese, a druhá tabulka byla zaměřena na to, jak odpovídali pracovníci podle toho, kde pracují.

Nejvíce respondentů, celkem 31 zdůvodňuje jako důležitost spolupráce komplexní péči o člověka. Tedy, že o duševně nemocného pečují více lidé z různých odborností, kteří se nějak provazují, a tak má duševně nemocný širokou síť, je tzv. dobře zasítovaný a např. sociální problémy si řeší se sociálním pracovníkem, s psychiatrem léky, na terapeutickou práci může mít psychologa, v oblasti práce IPS pracovníka apod. 18 respondentů hodnotí jako důležitost návaznou péči po hospitalizaci. 14 respondentů pak přidává hlas porozumění služeb navzájem,

předávání informací a vymezení rolí. 13 osob se shoduje na tom, že je spolupráce důležitá, aby duševně nemocný zůstal co nejdéle v domácí péči, a zabránilo se tak riziku hospitalizace včasnou intervencí. Pro 9 dotazovaných se díky spolupráci může zvýšit kvalita poskytované péče v oblasti psychiatrie, 6 respondentů potom tuto otázku nevyplnilo. 3 respondenti vidí ve spolupráci těchto služeb ekonomický smysl, tedy nějaké šetření, 2 další potom vidí spolupráci jako důležitou v rámci destigmatizace duševně nemocných a 2 respondenti vnímají spolupráci služeb důležitou pro srozumitelnost cílové skupiny.

V následující tabulce je zajímavé, že pouze dva sociální pracovníci myslí na to, aby spolupráce služeb a rehabilitace byla srozumitelná i pro klienty. V tabulce můžeme dále vidět, jak odpovídali jednotlivé profese.

Tabulka č. 10 Důležitost spolupráce podle profese

ODPOVĚĎ	SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	PSYCHOLOG	ZDRAVOTNÍK
komplexní péče o člověka; široká škála odborností a větší sociální síť okolo člověka --> zotavení	16	3	12
posouvání osob, návazná péče po hospitalizaci	4	3	11
porozumění služeb navzájem, předávání informací, aby každý věděl, co má dělat v rehabilitaci klienta, nedělali se některé věci dvakrát nebo vůbec	5	3	6
prodloužení doby v domácím prostředí; včasná intervence, snížení rizik hospitalizace	5	2	6
vyšší kvalita péče	4	0	5
nevyplněno	0	0	6
ekonomický smysl	1	0	2
destigmatizace	0	0	2
srozumitelnost péče i pro klienty	2	0	0

K otázce č. 7 jsem se rozhodla vytvořit i tabulku, jak celou situaci vnímají respondenti nejen dle profese, ale dle pracovního zařazení ve službách. 19 pracovníků, kteří vnímají důležitost v komplexní péči, pochází ze sociální služby. 10 respondentů ze zdravotní služby

vnímá spolupráci důležitou pro posouvání osob a návaznou péči po hospitalizaci. Sociální pracovníci, kteří myslí ve srozumitelnosti péče i pro klienty, pak pocházejí ze sociální služby. Podrobně rozepsané odpovědi společně s místem pracovního výkonu respondentů jsou zaneseny v tabulce pod tímto textem.

Tabulka č. 11 Důležitost spolupráce podle místa pracovního výkonu

ODPOVĚĎ	ZDRAVOTNÍ SLUŽBA	SOCIÁLNÍ SLUŽBA	CDZ/ KOMBINACE
komplexní péče o člověka; široká škála odborností a větší sociální síť okolo člověka --> zotavení	8	19	5
posouvání osob, návazná péče po hospitalizaci	10	4	4
porozumění služeb navzájem, předávání informací, aby každý věděl, co má dělat v rehabilitaci klienta, nedělali se některé věci dvakrát nebo vůbec	5	6	2
prodloužení doby v domácím prostředí; včasná intervence, snížení rizik hospitalizace	6	3	4
vyšší kvalita péče	4	4	1
nevyplněno	2	0	4
ekonomický smysl	2	1	0
srozumitelnost péče i pro klienty	0	2	0
destigmatizace	1	0	1

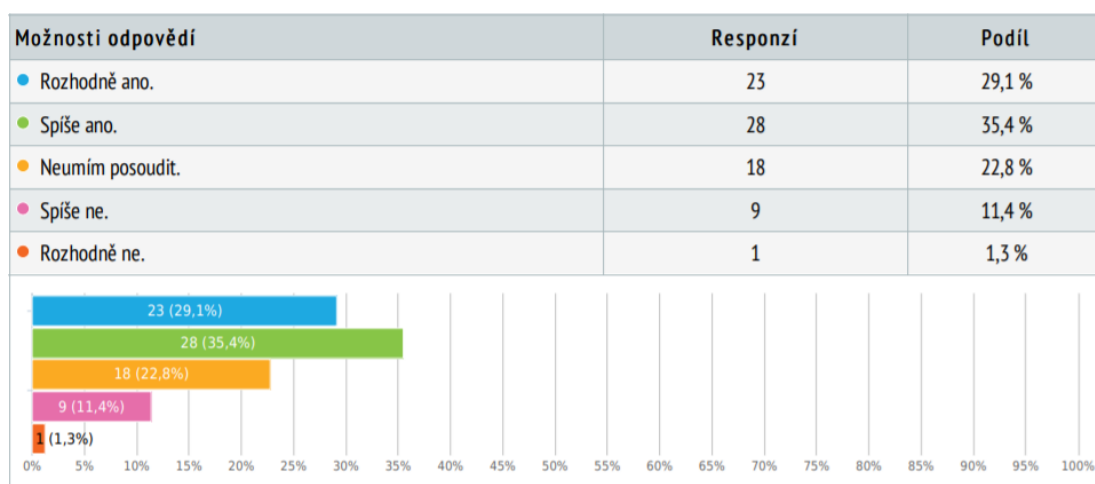
Postoje k reformě psychiatrické péče

Názor na reformu psychiatrické péče

U otázky č. 3 z dotazníku mohli respondenti svobodně zaškrtnout svůj názor na reformu psychiatrické péče. Tudiž to, jestli si myslí, že reforma zlepší momentálně nastavenou péči o lidi s duševním onemocněním.

Pouze jeden respondent zaškrtnul, že si myslí, že reforma psychiatrické péče rozhodně nepomůže zlepšení péče o lidi s psychiatrickou diagnózou. 9 respondentů poté moc nevěří změně, kterou by psychiatrická reforma měla přinést. Nejvíce respondentů, 28, se pak shoduje, že se tato situace spíšlepší a 23 dotazovaných si myslí, že se péče o duševně nemocné rozhodnělepší. 18 dotazovaných pak tuto situaci neumí posoudit.

Tabulka č. 12 Postoje k reformě



Komentáře

K této otázce mohli respondenti okomentovat, proč na danou otázku odpověděli způsobem, kterým odpověděli. Velká většina dotazovaných se zdržela komentáře. Celkem 64 osob z celkových 79. Nejvíce pozornosti s celkem 9 respondenty si potom zasloužila kategorie: dostatek prostředků a služeb – to, z čeho respondenti měli obavy a dávali do komentářů podmíněné věci např. „*odpověď spíše ano – pokud bude dostatek financí a služeb*“ nebo „*spíše ne – reforma nemůže zlepšit psychiatrickou péči, protože tu není tolik služeb, kolik by bylo potřeba*“ či „*spíše ne – nejsou tu peníze na to provozovat takový služby*“.

Ostatní kategorie, do kterých byly další komentáře zařazeny, měli poměrně malé množství respondentů s maximální výší dva. Dva respondenti pak svoji odpověď okomentovali tím, že stav psychiatrické péče nezmění reforma psychiatrie, nýbrž společnost: „*zlepší ji pracovníci, reforma je jen proces, který ovšem pacienty nezmění*“.

Podrobnější informace jsou zaneseny v následující tabulce.

Tabulka č. 13 Komentáře

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ				
	ROZHODNĚ ANO	SPÍŠE ANO	NEUMÍM POSOUDIT	SPÍŠE NE	ROZHODNĚ NE
zdrželo se komentáře	20	21	16	6	1
dostatek prostředků a služeb (pokud budou nebo obavy z toho, že nebudou)	1	4	2	2	0
snížení stigmatizace	0	2	0	0	0
nezmění ji přímo reforma, ale vývoj společnost	0	0	0	2	0
reforma lze pouze u nízkého procenta pacientů	0	0	0	2	0
záleží na uchopení politiky	0	1	0	0	0
je to cíl reformy	1	0	0	0	0
díky reformě je návaznost služeb, pacienti se nebudou vracet	1	0	0	0	0
musí se myslet i na lidi co nemají psychiatrickou diagnózu a jsou v hospitalizaci	0	1	0	0	0

Spolupráce v budoucnosti

Opět jedna z otevřených otázek, kde si pracovníci vymýšleli vlastní odpověď, byla otázka č. 11. V této otázce mohli pracovníci vyjádřit vlastní fantazie, potřeby, racionální pohledy na to, jak by si představili spolupráci v ideálním světě. Tedy jak by spolupráce měla fungovat a jak by měla být nastavena. Otázku jsem zařadila do skupiny otázek týkající se víry v reformu psychiatrické péče. V této otázce se podařilo sesbírat celkem 125 kódů, které byly rozčleněny do kategorií zanesených v tabulce pod tímto textem.

Nejpočetnější skupinu, s počtem respondentů 22, získala kategorie týkající se jasného nastavení systému porad, setkání a schůzek. Poměrně velký počet respondentů, celých 20, pak získala kategorie týkající se case managementu, kde si 20 dotazovaných myslí, že každý klient by měl mít jednoho klíčového pracovníka, který koordinuje jeho rehabilitaci. I v této otázce se nám objevuje potom téma o vymezení rolí, což napsalo 12 dotazovaných. Jako zajímavý podnět mi přijde téma zrušení lhůt a poradníků, které napadlo celkem 9 respondentů. Obracím se k tomuto tématu vzhledem k transformaci psychiatrické péče v zahraničí a zmiňovanému příkladu z Terstu, který je součástí této diplomové práce. V Itálii již tyto poradníky a lhůty

neexistují. Jeden z respondentů poté nevěří v ideální systémy a 6 respondentů tuto otázku nevyplnilo vůbec.

Tabulka č. 14 Ideální spolupráce

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
měl by být nastaven systém porad, pravidelných setkání, schůzek	22
měla by být jasná a koordinovaná rehabilitace 1 osobou - case managerem od hospitalizace až do samostatného bydlení	20
měl by být nastaven systém předávání informací a otevřená komunikace, společné komunikační kanály	14
více týmové spolupráce a multidisciplinarity ve službách včetně peer pracovníků	13
je třeba jasné vymezení rolí	12
zrušení lhůt a pořadníků	9
byla by třeba změna přístupu pracovníků	7
nevím; těžko říct	6
volná kolonka	6
větší empatie ze strany pracovníků	5
bylo by třeba více časových možností	4
náprava zákonů směrem k potřebám spolupráce sociálních a zdravotních oblastí	4
měl by vymizet dvojí svět	2
ideální systémy neexistují	1

Následující otázky se týkají fantazie respondentů, co je napadá v souvislosti s případným usnadněním spolupráce služeb. Jde tedy o posbírání podnětů; nástrojů, které by mohly spolupráci usnadnit. Otázky byly celkem 4, z nichž je 1 uzavřená. Otevřené otázky 13-15 navazují na otázku č. 12 a více jí otvírají, konkretizují.

Nástroje usnadnění spolupráce služeb

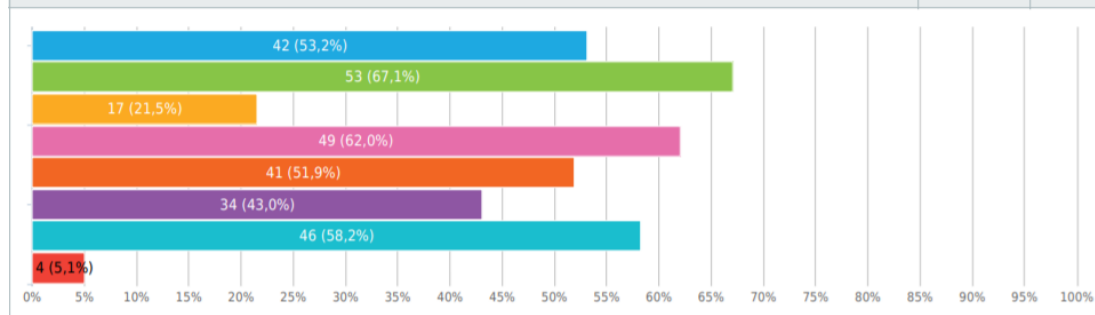
Ve dvanácté otázce si mohli respondenti vybrat, zda něco z možností odpovědí, by dle nich mohlo usnadnit spolupráci mezi službami. Mohli se však vyjádřit a využít i odpovědi jiné, kde sami mohli napsat své podněty. Této příležitosti využili pouze 4 respondenti.

53 respondentů si pak myslí, že spolupráci by mohli napomoci společné porady a open dialogy. (*open dialog je společné setkání klienta a pracovníků, kteří se mu věnují a místo, kde se domlouvá rehabilitace klientů podrobněji, mohou probíhat v různé frekvenci*). 49 dotazovaných pak přikládá hlas již několikrát zmiňovanému tématu, na které je v tomto výzkumu vytvořena i samostatná otázka, a to je, že by spolupráci mohlo usnadnit jasné

vymezení rolí. 46 respondentů pak hodnotí jako důležitým bodem vzdělávání. Nadpoloviční většina respondentů pak dala také hlas společné databázi. Společná databáze zatím mezi zařízeními neprobíhá, ale je to velmi aktuální a živé téma, ačkoliv momentální databáze jsou rozděleny pro zdravotní a sociální služby zvlášť. Podrobný přehled responzí a podílu odpovědí je zaznamenán v následující tabulce.

Tabulka č. 15 Nástroje

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Společná databáze (arum, highlander, hyppo).	42	53,2 %
● Společné porady, open dialogy.	53	67,1 %
● Společné supervize.	17	21,5 %
● Jasně vymezení rolí.	49	62,0 %
● Stáže.	41	51,9 %
● Mít v každé organizaci multidisciplinární tým.	34	43,0 %
● Vzdělávání napříč (sociální pracovníci v psychiatrickém minimu, léčích; zdravotníci v modelu CARE aj.)	46	58,2 %
● Jiná...	4	5,1 %



- nevím
- Mapa služeb
- více pracovníků v každé organizaci, menší tlak na zaměstnance, kteří mají na starosti velké množství pacientů
- Větší zájem ministerstva

Finanční oblast

Otázka č. 13 je zaměřena na posbírání nástrojů a podnětů v oblasti financí. 24 respondentů nenapadla žádná možnost k této otázce. 27 respondentů si pak myslí, že by se měli zvýšit finance do služeb týkající se psychiatrické péče. V odpovědích se objevovalo např. „*měli by se zvýšit finance na služby jak zdravotní, tak sociální, na personální oblast, jelikož je často podhodnocena a podotýká se s podstavem*“ nebo „*všechny tyto služby nejsou dobře finančně zajištěny, je to vidět na stavu budov, vybavení, přednostně je ale málo sociálních služeb*“ či „*více financí do těchto služeb by mohlo přinést více služeb na tomto trhu.*“ Jednou z odpovědí bylo také: „*kdyby sociální služby byly stejně placené jako zdravotní, mohly by si dovolit mít svého psychiatra a jiné odborníky, které momentálně neuplatí*“.

21 respondentů shledává problém na straně nejednotného financování těchto služeb. Finance jsou zde rozdělovány jak z rezortu MZ, tak z rezortu MPSV, záleží, na jakou službu finance jdou. Budu se teď obracet na zkušenosti ze zahraničí, kde úspěšná transformace psychiatrické péče již proběhla. V zahraničí se často potkáme pouze s jedním rezortem, kde je pak financování jednotné, a tedy může být i snazší. Odpovědi zde byly typu „*pokud platí MZ psychiatrické lůžko v nemocnici, je zhruba 3x dražší než lůžko v komunitních službách.*“ Zajímavou kategorii, kterou napsalo 8 respondentů, tvoří finanční podíl od pacienta, aby se nezneužíval nynější nastavený systém. Podrobnější přehled je zaznamenán v tabulce.

Tabulka č. 16 Finanční nástroje

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
zvýšení financí do služeb	27
ne	24
jednotné financování, 1 ministerstvo	21
mzdy	14
finanční podíl od pacienta, zábrana zneužívání systému	8
možnost získání přehledu reálné finanční situace klientů, pacientů (GDPR)	7
informační kampaně	5
dluhová problematika pacientů a klientů, půjčky	4
možnost používání placených aplikací - databáze, zoom apod.	4
příplatky na vzdělávání pro pracovníky	3
větší dosah na příspěvek na péči potřebným	2

Personální oblast

Navazující otázkou na otázky předchozí je zcela jistě otázka, která by mohla usnadnit spolupráci z hlediska personálu. I tady se někteří respondenti rozepsali podrobněji. 22 respondentů však napsalo, že je další podněty nenapadají. Poměrně velkou kategorií s počtem 18 respondentů tvoří zde mzdy. Odpovědi byly např. „*větší mzdy pro zaměstnance, bude kvalitnější a vyškolený personál*“ či „*zaměstnanci vystudovaní v oboru, často v oboru nepracují, kvůli nízkým mzdám*“ nebo „*srovnání platů ve všech oblastech týkajících se této péče – psychiatrických nemocnicích, ambulancích, sociálních služeb, CDZ.*“

Objevovali se zde ale i další zajímavé podněty jako více personálu, jelikož se respondentům zdá, že personálu je nedostatek, tuto odpověď označilo celkem 16 respondentů. 11 respondentů by si např. přálo mít více vzdělaný personál, což už se objevovalo i společně s problematikou mezd. Podrobnější data jsou zanesena v následující tabulce.

Tabulka č. 17 Personální nástroje

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTŮ
ne	22
mzdy	18
více personálu	16
vzdělaný personál	11
MTD týmy ve službách	10
placení přesčasů	9
zvyšování kompetencí personálu	7
komunikace	5
méně zatěžovat personál administrativou	5
stáže	5
proplacené konference	3

Oblast vzdělávání

Poslední otázka, která mapovala nástroje ke zlepšení spolupráce služeb, se týkala oblasti vzdělávání. Tedy, zdali je něco v oblasti vzdělávání, co by spolupráci mohlo napomoci, usnadnit.

Celkem 22 respondentů nemělo žádné další nápady k této otázce. 21 respondentů by si přálo, aby bylo více stáží napříč službami. Jedna z odpovědí byla: „pokud by pracovníci měli čas a mohli chodit na stáže i do jiných zařízení, vidělo by se tak více tzv. „pod pokličku“, bylo by zřejmé, co kdo dělá, a tak by mohla spolupráce začít lépe fungovat“. Dalšími početnými kategoriemi pak byla oblast příplatků na vzdělávání s celkem 17 hlasy, kde by si respondenti přáli příplatky na vzdělávání v těchto oblastech. Další poměrně početnou skupinu s 16 respondenty pak tvořila kategorie sebezkušenostních výcviků. Jedna z odpovědí zněla: „*bylo by fajn, aby si pracovníci prošli sebezkušenostními výcviky, zkusili terapie na sobě nebo alespoň na pár dní by si zahráli roli pacienta, mohlo by to tak více pomoci porozumění a trpělivosti a některým pracovníkům třeba pomoci i více věřit službám navzájem, spolupráci a reformě vůbec.*“

3 respondenti by rádi do vzdělávání zapojili i prevenci proti syndromu vyhoření: „*vyhoření pracovníků je velmi časté v těchto zařízeních a bylo by prospěšné s tím začít bojovat.*“

Další podrobná data jsou zanesena v následující tabulce.

Tabulka č. 18 Nástroje zaměřené na vzdělávání

ODPOVĚĎ	POČET ODPOVĚDÍ
ne	22
stáže	21
příplatky na vzdělávání	17
sebezkušenostní výcviky	16
vzdělávání širší veřejnosti	12
kurzy na míru	9
vzdělání v CARE; Recovery	8
více předmětů na VŠ	6
workshopy	6
zapojit do vzdělávání prevenci proti syndromu vyhoření	3
úprava zákonů a legislativy pro zdravotní a sociální služby	2

Předchozí 4 otázky dotazníku spolu úzce souvisely. To prokázaly i odpovědi respondentů. Mezi otázkami se totiž ukazovaly shodné odpovědi. Někteří respondenti zařazovali téma mezd do finanční oblasti, jiní do oblasti personální. Příplatky na vzdělávání se objevovaly v oblasti financí i v oblasti vzdělávání. Podobné to bylo např. i se stážemi, které zase byly v otázce zaměřené jak na personální oblast, tak v té zaměřené na oblast vzdělávání. Myslím, že z odpovědí respondentů se našla řada nástrojů, která se dá v oblasti propojování služeb vyzkoušet a použít.

V poslední části výzkumu své diplomové práce jsem se zabývala, zdali se liší pohledy respondentů na některé otázky, z hlediska toho, jaké povolání vykonávají, tudíž zda jsou zdravotníci, sociální pracovníci nebo zdali má vliv na odpovědi pole působnosti, kde svoji profesi vykonávají.

Pomocí Excelu, kde jsem nejprve vytvořila tabulky a programu IBM SPSS jsem tak vytvořila statistiky. První otázku, kterou jsem porovnávala, bylo, zda má profese respondentů vliv na otázku č. 4. Tedy, zda pracovníci všech zachycených profesí mají stejný nebo odlišný pohled na to, jestli jde v současných podmínkách realizovat spolupráce mezi různými zařízeními. Z následujících statistických dat vyplývá, že pohledy obou zachycených skupin, tedy jak sociální pracovníků / psychologů, tak zdravotních pracovníků/adiktologů, se téměř neliší, a pohledy na tuto situaci jsou tak vyrovnané. Pro zpřehlednění jsem spojila humanitní vědy do jedné škatule.

Tabulka č. 19 Odlišnost pohledů na možnosti spolupráce zdravotních a sociálních služeb (N = 79)

<i>Je možné v současné situaci spolupracovat mezi zdrav. a soc. službami?</i>	<i>Humanitní profese (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, psycholog) – N = 36</i>		<i>Zdravotní profese (zdravotní sestra, adiktolog, psychiatr) – N = 43</i>			
	<i>Četnost</i>	<i>Očekávaná četnost</i>	<i>Četnost</i>	<i>Očekávaná četnost</i>	<i>test</i>	<i>p</i>
<i>Rozhodně ano</i>	9	8,2	9	9,8	$\chi^2=2,76$	0,43
<i>Spíše ano</i>	19	16,9	18	20,1		
<i>Neumím posoudit</i>	3	5,5	9	6,5		
<i>Spíše ne</i>	5	5,5	7	6,5		

Dále jsem se snažila porovnávat, zda má na tuto samou otázku, tedy na to, zda jde momentálně spolupracovat mezi službami navzájem, vliv to, kde daný pracovník vykonává svoji pracovní pozici. Tedy jestli se liší pohledy pracovníků ze zdravotních zařízení, sociálních služeb a CDZ, které jsem pro statistická data spojila s pracovníky, kteří pracují v kombinaci více služeb. Tento test však nebyl statisticky významný, jelikož jsem v poslední škatuli neměla dostatek respondentů. Větší počet respondentů v CDZ společně s kombinací by pak mohl ukázat signifikantní výsledky rozdílu.

Pro další výsledky jsem se rozhodla zkusit stejným způsobem zjistit, zda má vliv profese na otázku č. 3, tedy zdali psychiatrická reforma zlepší péči o duševně nemocné. Tento test opět nebyl statisticky významný, avšak se domnívám, mít více respondentů, mohlo by se ukázat, že zdravotníci méně věří v reformu psychiatrie. Otázku č. 3 jsem rovněž porovnávala s otázkou, kde pracovníci pracují, ze stejného důvodu jako u otázky 4 však test nebyl validní. Měla jsem málo respondentů z CDZ / kombinace více služeb.

5.2.2 Závěry vyplývající z výzkumu

V této kapitole se věnuji interpretaci výsledků plynoucích z dotazníkového šetření. Budu zde porovnávat předem stanovené výzkumné otázky, výzkumný předpoklad a hypotézy s výsledky, které jsem získala prostřednictvím dotazníků.

Výzkumný předpoklad: **Aktuální stav spolupráce mezi službami není zcela funkční.** Tento výzkumný předpoklad je **pravdivý**. Na základě řadě otázek z dotazníku vyplývá, že

spolupráce není úplně dostatečná. Ukazuje se, že je spolupráce spíše dobrá, nikoliv výborná ani nedostatečná. Tento výzkumný předpoklad nám potvrzuje zejména otázka č. 8, která se týká hodnocení spolupráce, kde 37 respondentů zaškrtnulo střední cestu. 25 respondentů se poté staví do více negativního hodnocení oproti zbylým 17, kteří hodnotí spolupráci spíše kladněji. Pouze 3 respondenti označili spolupráci za výbornou.

Hypotéza č. 1 byla: **Pohledy sociálních a zdravotních pracovníků na spolupráci služeb a transformaci psychiatrické péče se liší.** Tato hypotéza *nebyla potvrzena*. Pro tuto hypotézu jsem porovnávala profesi respondentů s otázkou č. 3. Zlepší se podle Vašeho názoru psychiatrická reforma péči o lidi s duševním onemocněním? Tuto hypotézu jsem zjišťovala pomocí chí kvadrátového testu. Jelikož jsem neměla dostatek respondentů, to samé se mi stalo i v případě, kdy jsem porovnávala místo pracovního výkonu, neměla jsem dostatek respondentů, kteří by pracovali v CDZ či kombinaci více služeb. Stejně tak jsem nemohla potvrdit ani, zda se liší pohled respondentů podle toho, kde vykonávají pracovní pozici na otázku č. 4., tedy: Cílem psychiatrické reformy je doplnit existující zdravotnickou péči (v psychiatrických nemocnicích a ambulancích) o sociální služby v komunitě. Je podle Vás možné v současných podmínkách realizovat spolupráci mezi těmito zařízeními? Můžeme však vyvrátit, že se liší pohledy sociálních pracovníků/psychologů a zdravotních pracovníků/adiktologů na otázku č. 4. dle statistických údajů jsou pohledy těchto respondentů na aktuální možnost spolupráce vyrovnané.

K výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Otázka č. 1. Jak vypadá aktuální stav spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení?

Na tuto otázku nám přináší odpověď hned více otázek z dotazníkového šetření. Pro toto zjištění je primární otázka č. 4., zdali je spolupráce za současných podmínek vůbec možná. 65 respondentů se zde shoduje, že spolupráce je spíše možná nebo rozhodně možná. Na tuto otázku navazují otázky týkající se, jak to vlastně nyní vypadá. Jednou takovou otázkou je i otázka hodnotící, kde se respondenti shodují, že spolupráce je dobrá, což celkem označilo 37 dotazovaných, není však výborná ani nedostatečná. To už nám ukazuje i potvrzení výzkumného předpokladu č. 1. Dalšími navazujícími otázkami jsou rozhodně otázka č. 9 – tzn. otázka charakteristiky, jak spolupráce vůbec vypadá. Zde se objevují podněty, že je spolupráce nejasná, nebo špatně koordinovaná, nedostatečně se přenášejí informace, spolupráce je velmi omezená. Na tuto otázku navazují i další otázky, a to týkající se vymezení rolí, otázka č. 10, ze které je čitelné, že role pracovníků nejsou jasně definované. Poslední otázka, která nám přináší odpovědi na aktuální spolupráci, nebo její příklady je otázka č. 16., která se ptá na situaci, kdy

spolupráce nefungovala mezi zařízeními dobře. Ze všech těchto otázek je zcela patrné, že aktuální stav spolupráce není dostatečný a mělo by se na něm začít více pracovat. Dotazníkové šetření nám dává podněty pro spolupráci, na kterých by služby v oblasti péče o duševně nemocné mohly zapracovat.

Otázka č. 2. Jak by taková spolupráce měla vypadat? (včetně nástrojů, podnětů a příkladu ideálního stavu).

Otázka týkající se budoucnosti a vizí, jak by podle respondentů, pracovníků přímé péči spolupráce mezi službami měla vypadat. Odpovědi na tuto otázku nám pak přinášejí otázky č. 11 – 15. Otázka 11 se ptá na ideální stav spolupráce. Respondenti na tuto otázku odpovídali pak řadou odpovědí, které byly zaneseny do kategorií. Odpověď na tuto otázku přinesla řadu podnětů, které se dají v rámci vymezování spolupráce nastavit jako strategické cíle spolupráce. Podle odpovědí z řad odborníků na psychiatrickou péči se ukazuje, že by byla třeba změna systémů, nastavení pracovníků, vymezení rolí, změna zákonů aj. Tuto otázku pak doplňovaly otázky 12-15, které se týkaly především nástrojů, které by spolupráci mohli ovlivnit. Zde se objevovaly velmi podpořené nástroje týkající se společné databáze, porad, stáží, vymezení rolí a vzdělávání. Mezi otevřenými otázkami týkající se nástrojů v oblasti financí, personální oblasti a vzdělávání se pak někdy objevovali i shodné odpovědi, ačkoliv zařazené vždy v jiné kategorii. Např. zvýšení mezd se objevovalo jak v části personální, tak v části financí, každý respondent tuto odpověď zanesl do jiné otázky, to samé se stalo se stážemi, které byly zařazeny jak do vzdělávání, tak do personálií.

Podnětů a nástrojů na ideální spolupráci se tak posbíralo celkem mnoho. Mezi nimi se najdou takové podněty a nástroje, které můžou změnit sami odborníci pracující v přímé péči, kteří dotazníky vyplňovali. Některé podněty a nástroje však vyžadují systémové změny z vrchu a změny řízené politikou státu.

Otázka č. 3. Liší se pohledy sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků na toto téma?

Otázka týkající se rozdílnosti dle profesí na téma reformy a některých otázek. Ve výzkumu se ukázalo, že pohledy pracovníků na to, zda aktuálně jde provozovat spolupráci služeb navzájem, se nijak výrazně neliší. Druhou testovanou otázkou pak byla otázka související s vírou v reformu psychiatrické péče, čili zda reforma zlepší psychiatrickou péči. Tuto otázku bohužel nemůžeme zodpovědět z důvodu malého počtu respondentů, domnívám se však, ze statistických dat, že by se mohlo ukazovat, že zdravotníci a adiktologové věří o něco méně v reformu než sociální pracovníci a psychologové.

Otázka č. 4. Liší se odpovědi dle toho, kde pracovník vykonává své povolání, v jakém zařízení pracuje?

Poslední výzkumnou otázkou tvoří otázka týkající se výkonu profese. Tuto otázku bohužel nebylo možno zodpovědět z důvodu nedostatku respondentů pracujících v Centrech duševního zdraví nebo ve více službách najednou.

5.2.3 Limity výzkumu

Dotazníkové šetření této diplomové práce má své limity. Větší počet respondentů by mohl ukazovat rozdílnosti. Nízký počet respondentů ze služeb CDZ může ovlivňovat výsledky výzkumu. Výzkum by mohl být ovlivněn i místem sběru dat. Většina respondentů pracuje na území hl. města Prahy, avšak elektronicky posbírané dotazníky mohly být vyplněné i respondenty, kteří vykonávají svoji profesi v jiné lokalitě. Dotazníkové šetření by chtělo doplnit diskuzí. Otázka č. 10 může být zavádějící, jelikož pracovníci mohou mít různé zkušenosti, a díky škálové odpovědi se pak musí někam zařadit. Vzhledem k nynější ztížené situaci na poli zdravotních a sociálních služeb nebylo možné uskutečnit rozhovory.

Ačkoliv byl dotazník anonymní a dobrovolný, jako každé dotazníkové šetření musíme k němu přistupovat tak, že pouze předpokládáme, že všichni respondenti odpověděli pravdivě.

5.2.4 Doporučení

Na základě získání dat z dotazníkového šetření doporučuji, aby byla vytvořena metodika ke spolupráci služeb v rámci duševního zdraví, ve které by byly zakotveny zejména tyto podněty: systém porad a předávání informací, systém a mapa služeb včetně stanovených podmínek pro využívání dané služby, role pracovníků a jejich kompetence, popis case managera a vymezení jeho role, průběh a podmínky stážování v organizacích navzájem.

Pro zlepšení kvality péče by byla potřeba mimo jiné úprava některých zákonů, srovnání mezd v těchto oblastech, vyšší financování těchto služeb, více destigmatizačních kampaní a seznámení této problematiky s širokou veřejností, větší zájem ministerstev a stanovení jednoho rezortu pro oblast celé psychiatrické péče.

5.2.5 Diskuze

Spolupráce služeb a psychiatrická reforma. To je v České republice velmi aktuální téma na poli služeb, které se zabývají psychiatrickou péčí. Sama pracuji v jedné ze sociálních pobytových služeb zaměřených na psychiatrickou péči a toto téma vnímám jako velmi zásadní. Bez jasného vymezení cílů a nastavení metodiky, myslím, že se nikam nedostaneme. Napříč službami probíhá často v přebírání klientů chaos, proto mne zajímalo, co pracovníkům chybí k tomu, aby spolupráce byla správně nastavena.

Věřím, že teoretická část této diplomové práce přiblížila čtenářům aktuální situaci ve vztahu k duševnímu onemocnění a reformy psychiatrické péče. Vyčlenila přehled služeb, ať už zdravotních tak sociálních, které jsou v České republice pro osoby s psychiatrickou diagnózou dostupné.

Cílem empirické části této práce pak bylo zjistit, jak vypadá aktuální stav spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení, které poskytují péči pro osoby duševně nemocné. Navazujícím cílem bylo zjistit, jak lépe tyto dva rezorty provazovat tak, aby spolupráce byla efektivní.

Výzkumným nástrojem pro sběr dat byl dotazník mířený na spolupráci služeb. Z dotazníku jsem zjistila pohledy a nástroje, avšak si myslím, že mít tento výzkum doplněný i rozhovory, mohl přinést detailnější data. Vzhledem k aktuální situaci s nemocí COVID19 je spolupráce služeb omezená na minimum, a nebylo možné rozhovory provést. Ze své praxe si myslím, že i ta spolupráce, která doposud běžela, je často zastavena i úplně.

Výzkumná část této práce ukazuje, že je potřeba spolupracovat a dělat změny jak systémové „shora“, tak ty, na kterých se podílí pracovníci přímé péče samy. Především jasné vymezovat a definovat role v případě práce s klientem, věnovat více pozornosti komunikaci a předávání informací. Zcela určitě by ke spolupráci pomohlo zvýšení finanční situace v oblasti psychiatrie. Respondenti si pak slibují více vzdělaný personál, více personálu a více času na práci s klienty. Zvýšení mezd nebo srovnání mezd v této oblasti by pak radě služeb pomohlo doplnit chybějící personál. Je třeba, aby se reformě věnovali ale více i naši politici, aby se sjednotilo financování a změnily části legislativy.

Výzkumů v této oblasti není momentálně tolik.

V loňském roce byla však publikována diplomová práce: *„Spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné“*, kde se autorka zabývá spoluprací služeb ve městě Liberec. Autorka této práce upozorňuje na obtížnou spolupráci služeb, jelikož u nás služby spadají pod dva rezorty. Ve své práci pak uvádí, že neexistují žádné

systemy ani metodiky na spolupráci služeb. S těmito argumenty se s autorkou práce ztotožňuji. Ve výzkumu autorky se pak ukazuje, že se liší pohledy sociálních pracovníků a zdravotníků na spolupráci. Zdravotníci v tamním městě hodnotí spolupráci spíše jako funkční oproti sociálním pracovníkům. Z mé práce pak vyplývá, že se pohledy spíše neliší. V mé práci se pak ukazuje jako častým problémem komunikace s ohledem na spolupráci služeb, autorka výše uvedené diplomové práce pak komunikaci uvádí jako nejlepší funkční prvek, který již existuje. Role profesionálů pak vyhodnocuje jako vyjasněné (Ondiková, 2019).

Další zajímavou prací je bezesporu *„Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR“*, která byla publikována v říjnu roku 2015. Tato analýza porovnává sociální a zdravotní služby a systémy u nás zavedené. Ukazuje na rozdílnosti vstupů do služeb, vymezuje jejich cíle, poukazuje na rozdílné plánování a mimo jiné také na odlišnost financování. Autor analýzy poukazuje na úplně rozdílné finanční možnosti. Zatímco zdravotní služby jsou financovány pro všechny zařízení na území ČR stejně a financuje je stejný rezort, sociální služby to mají odlišně. Financování zdravotních služeb jasně definuje pojistný systém. Sociální služby jsou v České republice závislé na řadě faktorů. Financují je jak samotní uživatelé služeb, tak dotace ze státního rozpočtu, ale i krajské a obecní dotace. To má potom každý kraj odlišné (www.podporaprocesu.cz). Jak analýza popisuje rozdílné financování, shoduje se tak s podněty, které uvádí dvě výše uvedené diplomové práce. Bylo by tedy třeba sjednotit financování sociálního a zdravotního systému. Sociální služby by si pak mohly dovolit mít např. své psychiatry, na které nyní nemají apod.

Práce *„Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty ČR (a zahraniční)“*, která vyšla, jako odborná zpráva z projektu v roce 2012 zkoumá hned několik oblastí týkající se reformy psychiatrické péče. Za zajímavé zmínit považuju ty související s mojí diplomovou prací. I v této práci se shodně jako v předchozí zmiňované ukazuje problematika financování dvou rezortů. Mimo jiné navíc autor práce upozorňuje, že duševně nemocné osoby se kvůli rozdílnému financování v systému špatně orientují. Práce dále upozorňuje na nedostatek služeb v oblasti duševního zdraví a na důležitost spolupráce mezi nimi. Autor také upozorňuje v rámci rozšíření služeb psychiatrické péče i na nutnost dostatku vzdělaných odborníků a na zajištění dostatku stáží a vzdělávacích kurzů (www.ceskapsychiatrie.cz). Podněty, které autor uvádí, se pak shodují s výsledky z mé práce, kde respondenti upozorňovali na dostatek personálu a vzdělání pro zlepšení spolupráce.

Na spolupráci služeb se musí pracovat jak na úrovni přímé péče, tak i na vyšších úrovních. Je potřeba v této oblasti nastavit mnoho systémových změn. Reforma psychiatrické péče rozhodně není malou reformou a má v České republice před sebou ještě velký kus cesty.

Závěr

Diplomová práce s názvem „Spolupráce zdravotnických a sociálních služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče v ČR“ reaguje na aktuální dění na poli psychiatrické péče.

V rámci psychiatrické reformy je spolupráce služeb navzájem velmi důležitým prvkem. Transformace psychiatrické péče by bez zapojení těchto služeb nebyla možná. Ze zahraničních zkušeností vyplývá, že je spolupráce těchto služeb na místě, aby reforma psychiatrické péče zdárně proběhla.

Jako autorka této práce kladu na spolupráci těchto zařízení důraz. Jelikož sama pracuji jako sociální pracovník v jedné ze služeb, jejíž cílovou skupinou jsou osoby duševně nemocné, také se nás reforma psychiatrické péče a spolupráce služeb dotýká. Sama jsem vnímala jako potřebné zjistit určité skutečnosti, které by mohly napomoci spolupráci a reformě jako takové, vyplývající z řad pracovníků přímé péče. Ačkoliv hierarchicky jsou pracovníci z řad přímé péče označováni jako nejnižší, jsou zároveň nejpotřebnější a bez těchto osob by nebyla možná ani péče ani reforma.

Teoretická část diplomové práce nám přibližuje vymezení osoby duševně nemocné, blíže nám ukazuje, jaké sociální a zdravotní služby na poli psychiatrické péče máme, které spolu mohou spolupracovat. Uvádí nás do tématu psychiatrické reformy a ukazuje nám zkušenost ze zahraničí, kde reforma proběhla před více než 30 ti lety. Stručně nás také seznamuje s tím, jak vypadá péče, pokud je zapojena jedna nebo více služeb.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak vypadá aktuální stav spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení a zda jsou nástroje, které by ji mohly pomoci a případně jaké. Z dotazníkového šetření vyplývá, že spolupráce sice se může zdát být dobrá, ale rozhodně je řada podnětů, na kterých se v rámci spolupráce může ještě pracovat. Řada respondentů se aktivně zapojila i do otázek týkající se možnosti zlepšení spolupráce, včetně nástrojů a ideálního stavu. Na tomto místě bylo posbíráno mnoho podnětů, kterými si můžou sami pracovníci v přímé péči pomoci, ale i řada podnětů, která se týká systémových otázek a politiky.

K dotazníkovému šetření jsem vypracovala i doporučení, které je napsáno v závěru empirické části.

Domnívám se, že většina respondentů má zájem na zlepšení stavu spolupráce.

Vzhledem k tomu, že výzkum byl cílen na respondenty, kteří se pohybují v přímé péči, bylo by pro mne zajímavé vytvořit výzkum cílený na politické názory na celou tuto situaci. Často se totiž setkávám i s myšlenkami řad lidí z přímé péče, že se reforma psychiatrické péče

stanovuje z vrchu, kde tito lidé nemají zkušenost s tím, jak reálně psychiatrická péče vypadá. Zjistit, jaký má na celou situaci, na to, jak přímá péče probíhá, názor řada politiků, včetně názorů na to, zda je vhodné mít pro tuto reformu jeden rezort, by bylo velmi cenné. Domnívám se, že názory z přímé péče mohou být vodítkem pro systémové změny, které se dají měnit pouze „z vrchu“, ale zjistit upřímné názory, jak si reformu představují a co si o konkrétních věcech myslí tzv. „lidé z vrchu“, by mohlo být cenné pro zaměstnance pracujících ve službách zaměřených na psychiatrickou péči.

Seznam použité literatury

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002. ISBN 8072621041.

FOOT, John. *The man who closed the asylums: Franco Basaglia and the revolution in mental health care*. Brooklyn, NY: Verso, 2015. ISBN 9781781689264.

FOX, L., DRAKE, R. E., MUESER, K.T., BRUNETTE, M.F., et al. *Integrovaná léčba duálních poruch. Přeložil Cross Channel. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, 2011. ISBN 978-80-260-1338-9.

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-076-6.

NEVŠÍMAL, P. ed a kol., autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a Magdaléna: Nakladatelství Lidové noviny, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 8024402491.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books, 2001.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

TAHAN, Hussein M. a Teresa M. TREIGER. *CMSA core curriculum for case management*. Third edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, [2017]. ISBN 1451194307.

TORESINI, Lorenzo a Roberto MEZZINA, ed. *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Přeložil: Kateřina LINTYMEROVÁ. Praha: Fokus, 2017. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-0-5.

Elektronické zdroje:

Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy[online]. 2004 [cit. 2020-03-18]. ISSN 1725 - 8480. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_CS_Difl4CS.pdf

Koncepce oboru psychiatrie [online]. Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., 2008 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf?fbclid=IwAR2VH Wxt1R1pwdkC1lfqs1wzrN6liKtaJvJ8SS2ApvfcpkrgdjiPfd-blB0

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: V: kapitola Poruchy duševní a poruchy chování F0-F99 [online]. WHO (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), 2018 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. Agentura pro sociální začleňování: Case management v sociálních službách [online]. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/oblasti-podpory/socialni-sluzby/case-management-v-socialnich-sluzbach/?fbclid=IwAR3KJqKxoQsyh6xoJc7pBF_r-4-epKve5sjrHwebdh4rYKWX-p_BUTCIEpE

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví - kde jsme a kam jdeme? [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2019/12/Aktu%C3%A1ln%C3%AD-stav-reformy-p%C3%A9%C4%8De-o-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-%E2%80%93-kde-jsme-a-kam-jdeme.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Memorandum Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven a Psychiatrické společnosti ČLS JEP o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče [online]. 2016 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/hlukovemapy/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pace-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-_12138_1.html

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030 [online]. 2020 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Průvodce reformou psychiatrické péče 2019 [online]. 2019 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Uzivatek/Downloads/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Uzivatek/Downloads/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet%20(2).pdf)

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví [online]. 2020 [cit. 2020-07-17]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnich-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-_19554_1.html

Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky: Přehled antidiskriminační legislativy [online]. 2012 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2012/08/13/prehled-antidiskriminacni-legislativy/>

ONDIKOVÁ, Katarína. Spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné: diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Filozofická

fakulta, 2019. 117str., 5příl., Vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D. [online]. [cit. 2020-08-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/mf4tfq/34026541>

Podpora procesů v sociálních službách: Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR [online]. 2015 [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Anal%C3%BDza-vlivu-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De-na-oblast-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-v-%C4%8CR.pdf>

Potencionální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Potencion%C3%A1ln%C3%AD-dopad-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De-do-oblasti-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb.pdf>

Psychiatrická nemocnice Bohnice: Přijetí do nemocnice [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <http://bohnice.cz/zakladni-informace/prijeti-do-nemocnice/>

Psychiatrická péče 2018 [online]. ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora, ed. *Česká psychiatrie: Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraniční)* [online]. 2012 [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Reforma psychiatrie: Malý průvodce reformou psychiatrické péče [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

Reforma psychiatrie. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: MZČR. [online]. [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-1-0-2013.pdf

Reforma psychiatrie: Základní principy péče poskytované v CDZ [online]. 2017 [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-_Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf

Survio[online].[cit.2020-07-21].Dostupnéz:<https://www.survio.com/cs/>

ŠANCE PRO TEBE: Case managment: Metodika případových konferencí [online]. 2017 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/Metodika%20p%C5%99%C3%ADpadov%C3%BDch%20konferenc%C3%AD%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/Metodika%20p%C5%99%C3%ADpadov%C3%BDch%20konferenc%C3%AD%20(2).pdf)

Úvodní slovo: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008 [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_00.pdf

Legislativa:

Zákon č. 141/1961 Sb., trestní zákon

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví a péče lidu

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon

Zákon č.108/2006Sb ., o sociálních službách

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 329/2011Sb., o zdravotně postižených

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 228/2019 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů.

Všeobecná deklarace lidských práv (1948, OSN)

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1953, Rada Evropy)

Evropská sociální charta (1961, Rada Evropy)

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o ekonomických a sociálních a kulturních právech (1966, OSN)

Deklarace práv duševně postižených lidí (1971, OSN)

Havajská deklarace - o etických principech v psychiatrii a zamezení zneužívání psychiatrie (1977, OSN)

Deklarace lidských práv duševně nemocných (1989, WHO)

Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (1989, Rada Evropy)

Zásady ochrany duševně nemocného (1991, rezoluce OSN)

Mezinárodní listina práv hospitalizovaných pacientů (1992, Americká psychiatrická asociace; 1993, Světová psychiatrická asociace)

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994, WHO)

Madridská deklarace (1996, Světová psychiatrická asociace)

Úmluva o lidských právech a biomedicině (1997, Rada Evropy)

Doporučení R 99 (4) výboru ministrů členských států o právní ochraně dospělých nezpůsobilých osob (1999, Rada Evropy)

Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005, WHO)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2006, OSN)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Profese.....	48
Tabulka č. 2 Místo výkonu práce	49
Tabulka č. 3 Je možná spolupráce?.....	50
Tabulka č. 4 Co brání spolupráci?	51
Tabulka č. 5 Probíhá spolupráce?	51
Tabulka č. 6 Hodnocení spolupráce	52
Tabulka č. 7 Role	53
Tabulka č. 8 Charakteristika spolupráce	54
Tabulka č. 9 Kazuistiky nefunkční spolupráce	56
Tabulka č. 10 Důležitost spolupráce podle profese	57
Tabulka č. 11 Důležitost spolupráce podle místa výkonu spolupráce	58
Tabulka č. 12 Postoje k reformě psychiatrické péče	59
Tabulka č. 13 Komentáře	60
Tabulka č. 14 Ideální spolupráce	61
Tabulka č. 15 Nástroje	62
Tabulka č. 16 Finanční nástroje	63
Tabulka č. 17 Personální nástroje	64
Tabulka č. 18 Nástroje zaměřené na vzdělávání.....	65
Tabulka č. 19 Odlišnost pohledů na možnosti spolupráce zdravotních a sociálních služeb.....	66

Příloha 1.

Dotazník Spolupráce zdravotnických a sociálních služeb v rámci péče o duševní zdraví

Dobrý den, jmenuji se Iveta Tichá, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Sociální politika a sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Diplomová práce s názvem Spolupráce sociálních a zdravotnických služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče by měla přinést odpovědi na to, jak tyto dva odlišné světy propojovat na úrovni přímé péči a jak správně a efektivně mezi zařízeními spolupracovat. Ráda bych Vás tak požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který se skládá z 16 otázek v délce cca 20 minut.

1. Má profese je:

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď.

- ☐ Sociální pracovník / Pracovník v sociálních službách
- ☐ Zdravotní pracovník / Adiktolog
- ☐ Jiné, doplňte:.....

2. Pracuji v:

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď

- ☐ Zdravotní službě (Psychiatrická nemocnice, psychiatrická ambulance aj.)
- ☐ Sociální službě (Baobab, Bona, Fokus, Eset Help aj.)
- ☐ CDZ
- ☐ Kombinace více služeb (zdravotní + sociální př. CDZ)

3. Zlepší podle Vašeho názoru psychiatrická reforma péči o lidi s duševním onemocněním?

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď.

- ☐ Rozhodně ano.
- ☐ Spíše ano.
- ☐ Neumím posoudit.

- Spíše ne.
- Rozhodně ne.

Prosím okomentujte svoji odpověď...

4. Cílem psychiatrické reformy je doplnit existující zdravotnickou péči (v psychiatrických nemocnicích a ambulancích) o sociální služby v komunitě. Je podle Vás možné v současných podmínkách realizovat spolupráci mezi těmito zařízeními?

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď.

- Rozhodně ano.
- Spíše ano.
- Neumím posoudit
- Spíše ne.
- Rozhodně ne.

5. Co podle Vás nejvíce brání spolupráci mezi těmito zařízeními?

6. Spolupracujete vy osobně v rámci klientů/pacientů se službami jiného typu?
(Př. Psychiatrická nemocnice sociální pobytovou službou nebo CDZ)

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď.

- Ano.
- Ne.

7. Proč je podle Vás spolupráce mezi zařízeními důležitá?

8. Jak hodnotíte spolupráci mezi službami?

Nápověda k otázce: Na škále od 1 do 5, kde 5 představuje výbornou spolupráci.



9. Popište, jak Vaše spolupráce mezi službami vypadá. (v případě, že spolupracujete mezi službami)

10. Myslíte si, ze své zkušenosti, že ví každý pracovník, který je zapojený v rehabilitaci klienta, jakou roli v dané situaci zastává?

Nápověda k otázce: Vyberte 1 odpověď.

- Rozhodně ano – role jsou jasně definované.
- Spíše ano – role jsou částečně definované, zčásti se překrývají apod.
- Spíše ne – na vymezení rolí se teprve pracuje, výrazně se překrývají.
- Rozhodně ne – role nejsou definované a nespolupracuje se na jejich vymezení.

11. Jak by podle Vás měla vypadat ideální spolupráce mezi zařízeními?

12. Zaškrtněte, co by mohlo spolupráci mezi službami usnadnit.

Nápověda k otázce: Vyberte 1 nebo více odpovědí.

- Společná databáze (arum, highlander, hyppo)
- Společné porady, open dialogy
- Společné supervize
- Jasné vymezení rolí
- Stáže
- Mít v každé organizaci multidisciplinární tým

- Vzdělávání napříč (sociální pracovníci v psychiatrickém minimu, léčích; zdravotníci v modelu CArE aj.)
- Jiné, doplňte...

13. Napadají Vás další podněty, které by mohly usnadnit spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními zařízení v přímé péči v oblasti financí?

14. Napadají Vás další podněty, které by mohly usnadnit spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními zařízení v přímé péči v oblasti personálu?

15. Napadají Vás další podněty, které by mohly usnadnit spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními zařízení v přímé péči v oblasti vzdělávání?

16. Zažil/a jste nějakou situaci, kdy spolupráce mezi službami nefungovala?
Prosím, popište ji.

Děkuji Vám za spolupráci a za vyplnění dotazníku 😊.